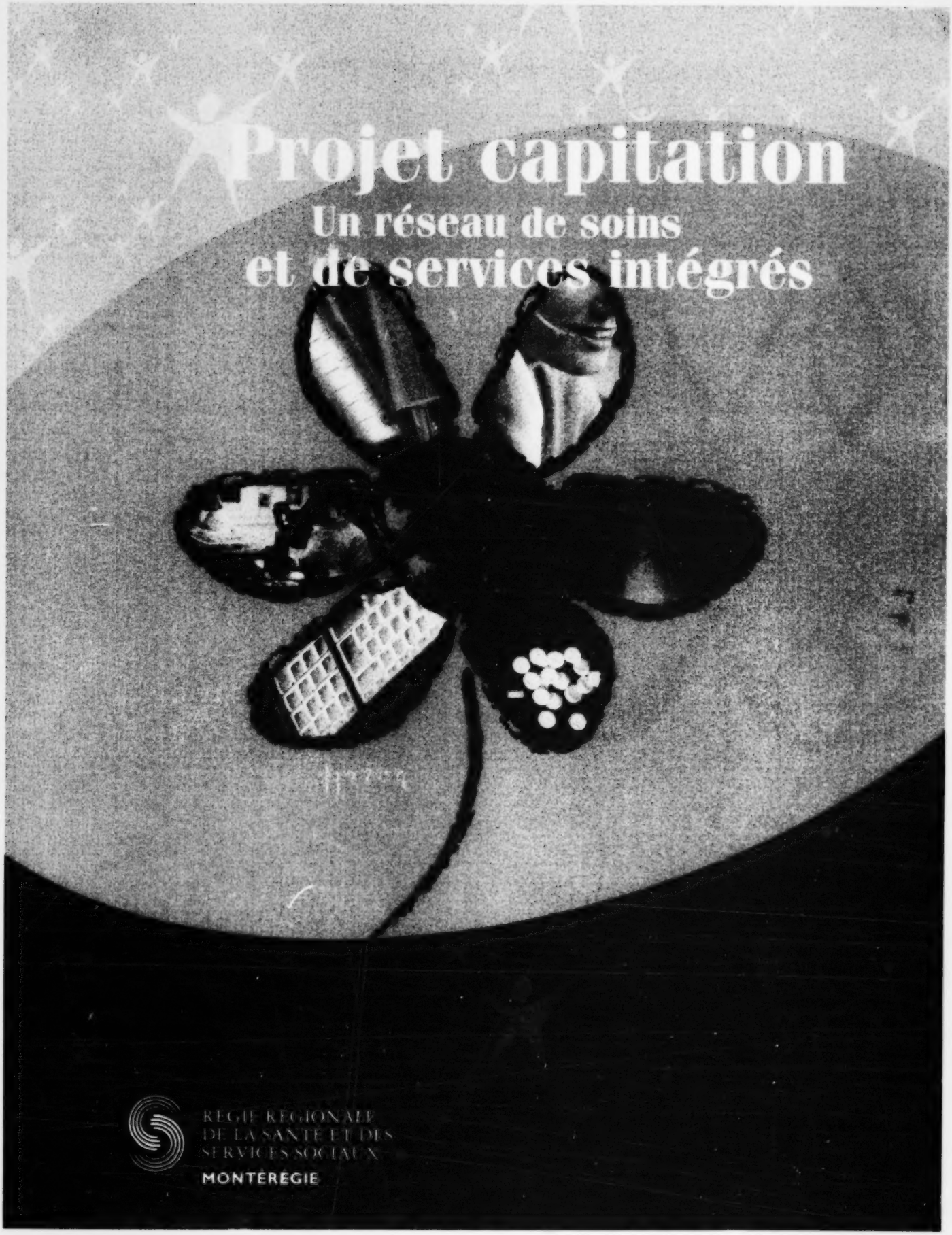
Projet capitation

Un réseau de soins et de services intégrés



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
MONTÉRÉGIE

QC 431

PROJET DE CAPITATION
DANS LA MUNICIPALITÉ RÉGIONALE DE COMTÉ
DU HAUT SAINT-LAURENT

Présenté par

Guy Rho, directeur du projet
Hung Nguyen, adjoint à la planification et au développement du projet
Gabrielle Tourigny, agente de planification, programmation et recherche
Linda Cazale, professionnelle de recherche
Christiane Morin-Blanchet, médecin-conseil
Ana Franco, analyste en systèmes d'information

Au

au secrétariat du Fonds pour l'adaptation des services de santé

31 mars 2001

Ce projet a été soutenu par une contribution financière du Fonds pour l'adaptation des services de santé de Santé Canada. Les points de vue exprimés dans ce rapport ne représentent pas nécessairement la politique officielle du gouvernement fédéral, provincial ou territorial.

106-06326/

Auteurs

Guy Rho, Hung Nguyen et collaborateurs

Secrétariat

Monique Godbout

Conception et réalisation de la page couverture
Bernard Lafleur
Le Zest graphique

Responsable de la publication et de la diffusion
Nathalie Hudon

Pour obtenir une copie de ce document, adressez-vous à :
Direction des communications
Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec)
J4K 2M3
(450) 928-6777 poste 4121

SANTECOM (http://www.santecom.qc.ca) : O 15,730

Dépôt légal - 4e trimestre 2001
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-89342-220-9

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier monsieur Claude Boily, directeur général

de la régie régionale de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie

pour son appui stratégique tout au long du projet.

Ce document fut rendu possible grâce à la collaboration des équipes suivantes :

Comité directeur

- Guy Rho, directeur du projet, RRSSS-Montérégie
- Guy Deschênes, directeur général, CLSC Huntingdon et CHSLD du comté de Huntingdon
- André Morin, directeur général par intérim, Hôpital Barrie Memorial
- André-Pierre Contandriopoulos, professeur titulaire, Administration de la santé, Université de Montréal
- Jean-Louis Denis, professeur titulaire, Administration de la santé, Université de Montréal

Médecins participants

- Renée Lafrenière, présidente du comité, CLSC Huntingdon
- Kevin Brissette, Centre médical Ormstown
- Thomas Vandor, Hôpital Barrie Memorial
- Raymond Lemieux, CLSC, CHSLD et Centre médical Huntingdon
- Luc Boileau, directeur Santé publique, Planification et Évaluation (DSPPÉ), RRSSS-Montérégie
- Normand Kingsley, directeur des Affaires médicales (DAM), RRSSS-Montérégie

Observateur

- Hung Nguyen, adjoint à la planification et au développement du projet, RRSSS-Montérégie

Comité de gestion

- Guy Rho, directeur du projet, RRSSS-Montérégie
- Guy Deschênes, directeur général, CLSC Huntingdon et CHSLD du comté de Huntingdon
- André Morin, directeur général par intérim, Hôpital Barrie Memorial
- Agathe Brisebois, CLSC Huntingdon
- Lyette Bellemare, Hôpital Barrie Memorial

Comité Services cliniques

- Dr Raymond Lemieux, président du comité, Hôpital Barrie Memorial
- Agathe Brisebois, CLSC Huntingdon
- Manon Landry, CLSC Huntingdon (depuis mars 1999)
- Lucie Tessier, CLSC Huntingdon
- Lyette Bellemare, Hôpital Barrie Memorial

- Patricia Reid, Hôpital Barrie Memorial
- Dr Thomas Vandor, Hôpital Barrie Memorial
- Dr Denise Donovan, RRSSS-Montérégie
- Dr Christiane Morin-Blanchet, RRSSS-Montérégie
- Hung Nguyen, RRSSS-Montérégie
- Gabrielle Tourigny, RRSSS-Montérégie (depuis juin 1999)
- Lyne Daoust, Hôpital Barrie Memorial (jusqu'en novembre 2000)

Comité Adultes et personnes âgées en perte d'autonomie

- Dr Jean-Pierre Hébert, président du comité, Centre médical Huntingdon
- Patrice St-Onge, CLSC Huntingdon (depuis février 2000)
- Lucie Tessier, CLSC Huntingdon
- Debbie Clément, CHSLD du comté de Huntingdon
- Hung Nguyen, RRSSS-Montérégie
- Gabrielle Tourigny, RRSSS-Montérégie
- Yves Barreau, CLSC Huntingdon (jusqu'au 17 février 2000)
- Lyne Daoust, Hôpital Barrie Memorial (jusqu'en novembre 2000)

Comité Services ambulatoires de première ligne

- Dr Raymond Lemieux, président du comité, Centre médical Huntingdon
- Dr Thomas Vandor, Hôpital Barrie Memorial et Centre médical Ormstown
- Lyette Bellemare, Hôpital Barrie Memorial
- Agathe Brisebois, CLSC Huntingdon
- Mario Lafrenière, RRSSS-Montérégie
- Dr Christiane Morin-Blanchet, RRSSS-Montérégie

Comité Cardiovasculaire

- Dr Kevin Brissette, président du comité, Centre médical Ormstown
- Manon Martin, CLSC Huntingdon
- Patricia Reid, Hôpital Barrie Memorial
- Dr Denise Donovan, RRSSS-Montérégie
- Louise Lamoureux, RRSSS-Montérégie
- Dr Alain Messier, RRSSS-Montérégie (depuis octobre 2000)

Comité Santé mentale

- Dr Renée Lafrenière, présidente du comité, CLSC Huntingdon
- Manon Landry, CLSC Huntingdon
- Louise Lamoureux, RRSSS-Montérégie
- Dr Christiane Morin-Blanchet, RRSSS-Montérégie
- Lyne Daoust, Hôpital Barrie Memorial (jusqu'en novembre 2000)

Équipe RRSSS - Montérégie

Médecins participants

- Luc Boileau, directeur, DSPPÉ (depuis mars 1999)
- Normand Kingsley, directeur, DAM (depuis octobre 1999)
- Christiane Morin-Blanchet, DAM
- Krystyna Pecko, directrice, Secrétariat aux affaires médicales (SAM) (jusqu'en décembre 1998)
- Denise Donovan, DSPPÉ (jusqu'en septembre 1999)

Membres participants

- Hung Nguyen, cadre-conseil, adjoint à la planification et au développement du projet, DSPPÉ
- Ana Franco, analyste en systèmes d'information, DSPPÉ (depuis mai 1999)
- Mario Lafrenière, Réingénierie (depuis juin 1999)
- Louise Lamoureux, Réingénierie (depuis juin 1999)
- Gabrielle Tourigny, agente de planification, programmation et recherche, DSPPÉ (depuis juin 1999)
- Linda Cazale, professionnelle de recherche, DSPPÉ (depuis août 2000)
- Lynn Villeneuve, agente de planification, programmation et recherche, DSPPÉ (depuis déc. 2000)
- Aimé Lebeau, coordonnateur, Planification et développement (DSPPÉ), (jusqu'en juin 1999)

Soutien administratif

- Monique Godbout, secrétaire, DSPPÉ (depuis avril 1999)

Équipe Évaluation

- André-Pierre Contandriopoulos, professeur titulaire, Administration de la santé, Université de Montréal
- Jean-Louis Denis, professeur titulaire, Administration de la santé, Université de Montréal
- Claude Sicotte, professeur agrégé, Administration de la santé, Université de Montréal
- Rosario Rodriguez, médecin, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal
- Nassera Touati, ingénieure, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal
- Hung Nguyen, adjoint à la planification et au développement du projet, RRSSS-Montérégie

Conseillers au système d'information

Hung Nguyen, adjoint à la planification et au développement du projet, RRSSS-Montérégie

Jacques Barry, chef du service de la division des statistiques, RAMQ

Claude Sicotte, professeur agrégé, Administration de la santé, Université de Montréal

Ana Franco, analyste en systèmes d'information, DSPPÉ (depuis mai 1999)

Michel Prévost, Hôpital Barrie Memorial

Jean Foisy, Commission d'accès à l'information

Johanne Aubry, Technocentre, RRSSS-Montérégie

Phillippe Bance, Technocentre, RRSSS-Montérégie

Guy Rho, directeur du projet, RRSSS-Montérégie

Collaborateurs

Yvon Brunelle, conseiller, MSSS

François Camirand, MSSS

Patricia Caris, direction générale de la Planification stratégique et Évaluation (DGPSE), MSSS

Danielle Forest, Financement, suivi budgétaire et technologie de l'information (DGFSBT), MSSS

Carole Chamberland, conseillère, RAMQ

Danielle Labrie-Pelletier, conseillère, RAMQ

Dr Krystyna Pecko, DSP par intérim, Hôpital Barrie Memorial

Dr Jean Rodrigue, directeur de la Planification et de la régionalisation, FMOQ

CLSC Châteauguay

CLSC Huntingdon

CLSC La Presqu'Île

CLSC Seigneurie de Beauharnois

CLSC/CHSLD La Pommeraie

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES 11

LISTE DES TABLEAUX 12

SOMMAIRE 13

INTRODUCTION 17

1. PERTINENCE, BUT POURSUIVI ET OBJECTIFS 19

1.1 Pertinence 19
1.2 But poursuivi 20
1.3 Objectifs 20

2. ACTIVITÉS DU PROJET 23

2.1 Projet en deux phases 23
2.2 Conception du modèle théorique d'intervention 23
2.2.1 Modèles et ses composantes 24
2.2.2 Modèle administratif 24
2.2.3 Modèle financier 25
2.2.4 Modèle clinique 26
2.2.5 Composante informationnelle 27
2.2.6 Composante évaluative 28
2.3 État de réalisation du modèle théorique d'intervention 29
2.3.1 Modèle d'intervention appliqué 29
2.3.2 Modèle administratif 31
2.3.3 Modèle financier 32
2.3.4 Modèle clinique, partenaires et collaborateurs 32
2.3.5 Composante informationnelle 51
2.3.6 Évaluation 53
2.3.7 Données et ressources élaborées 53
2.4 Description des écarts et des problèmes 54

3. RÉSULTATS ET IMPACTS 57

3.1 Résultats principaux 57
3.1.1 Tendances générales 57
3.1.2 Résultats atteints 59
3.1.3 Impacts généraux 60
3.2 Observations sur les processus et les leçons apprises 61
3.3 Réflexions relatives au cadre d'évaluation du FASS 63
3.3.1 Accès aux services 63
3.3.2 Qualité des services 63
3.3.3 Intégration des services 64
3.3.4 Impacts ou effets sur la santé 65
3.3.5 Rentabilité du projet 65
3.3.6 Transfert et application plus généralisée 65
3.4 Conséquences sur les programmes et sur les politiques 67

4. PLAN DE DIFFUSION 69

5. CONCLUSION 71

ANNEXE 1 ..... **73**
Portrait sociosanitaire de la MRC du Haut Saint-Laurent 73
ANNEXE 2 ..... **97**
Analyse complémentaire des données 97
ANNEXE 3 ..... **101**
Témoignage de satisfaction 101
ANNEXE 4 ..... **105**
Liste des sessions de formation 105
ANNEXE 5 ..... **109**
Plan de communication 109
ANNEXE 6 ..... **127**
Diffusion et publications 127
ANNEXE 7 ..... **137**
Banque intégrée des données 137
BIBLIOGRAPHIE **147**

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES

ADT	Admission, départ, transfert
APR-DRG	All patients refined diagnosis rela[illegible]d groups
CA	Centre d'accueil
CH	Centre hospitalier
CHRS	Centre hospitalier régional du Suroît
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
DAM	Direction des affaires médicales
DGFSBT	Direction générale financement, suivi budgétaire et technologies de l'information
DGPSE	Direction générale planification stratégique et évaluation
DRG	Diagnostics repères pour la gestion
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Directeur des services professionnels
DSPPÉ	Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation
FASS	Fonds pour l'adaptation des services de santé
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GAP	Gestion des activités professionnelles
GRIS	Groupe de recherche interdisciplinaire en santé
GTQ	Groupe télécommunication du Québec
HBM	Hôpital Barrie Memorial
MED-ECHO	Maintenance et Exploitation des Données pour l'Étude de la Clientèle Hospitalière
MPOC	Maladies Pulmonaires Obstructives Chroniques
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
PEC	Programme d'enseignement en cardiologie
PRIISME	Programmes intégrés d'information, de suivi médical et d'enseignement
RAMQ	Régie de l'assurance-maladie du Québec
RRSSS-M	Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie
RTSS	Réseau de télécommunications sociosanitaire
SAM	Secrétariat aux affaires médicales
SIC	Système d'Information Clientèle
SICHELD	Système d'Information Clientèle en Centre d'hébergement et de soins de longue durée
SIMAD	Services intégrés de maintien à domicile
SISM	Système d'Information Santé Mentale
SISMAD	Système d'Information Soutien et Maintien à domicile
SIURGE	Système d'Information de Gestion des Urgences

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Modèle administratif
Tableau 2	Modèle financier
Tableau 3	Modèle clinique
Tableau 4	Partage des responsabilités entre les partenaires
Tableau 5	Fonctions et tâches de l'infirmière en centre médical
Tableau 6	Tendances rapportées pour quelques programmes

SOMMAIRE

Le projet de capitation vise l'expérimentation d'un mode de dispensation de soins et de services organisés et financés pour la population du territoire rural de la MRC du Haut Saint-Laurent. Cela implique la mise en place d'un réseau de services intégrés afin de concrétiser les changements souhaités. L'ensemble des établissements de santé et des centres médicaux participent au projet, lequel s'inscrit dans les réformes suggérées par plusieurs experts, notamment dans la réorganisation des services de première ligne, afin d'améliorer les services à la population. Le public visé par le projet est l'ensemble de la population de la MRC du Haut Saint-Laurent, soit environ 25 000 personnes.

L'intérêt pour le projet a suscité la participation de plusieurs acteurs : les conseils d'administration des établissements du territoire et leurs gestionnaires, les médecins des centres médicaux, des professionnels de la santé, des chercheurs du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) de l'Université de Montréal et la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

La conception du modèle théorique du projet comprend trois modèles, *administratif, financier* et *clinique*, et deux composantes, *informationnelle* et *évaluative*. Dans la première phase du projet, les activités et les travaux ont principalement porté sur l'intégration clinique et informationnelle du réseau de services intégrés afin de répondre aux besoins pressants du territoire.

Le projet vise la réorganisation clinique et fonctionnelle de quatre secteurs d'activités priorisés, secteurs permettant d'assurer la viabilité d'une organisation locale de services intégrés, à savoir : services ambulatoires de première ligne, adultes et personnes âgées en perte d'autonomie, santé mentale et santé cardiovasculaire. Ainsi une vingtaine de programmes ont été mis en place dans les secteurs retenus. Ce réseau s'appuie également sur une organisation médicale forte où est valorisée la pratique de la médecine de famille.

Les services ambulatoires répondent aux besoins de base de la population locale; l'accessibilité aux services d'une façon adéquate est assurée par une coordination efficace entre les producteurs de soins et les établissements. Les activités pour les adultes et les personnes âgées en perte d'autonomie s'inscrivent dans un continuum de services assurant une meilleure prise en charge de la clientèle. Au niveau local, les activités en santé mentale permettent d'assurer une pratique multidisciplinaire avec un psychiatre, un suivi systématique des clients et également une meilleure prise en charge. Enfin, les activités en cardiovasculaire permettront à la population de bénéficier de services d'enseignement, de prévention et de suivi systématique.

Au niveau de l'intégration informationnelle, deux éléments sont à noter : le projet a permis d'une part, l'instauration d'un réseau informatique reliant les établissements et les centres médicaux du territoire et, d'autre part, la constitution d'une banque de données intégrant les principales sources de données des clientèles utilisant des services pour 200 000 résidants du territoire de la Montérégie.

L'évaluation du projet a été confié à des chercheurs du GRIS. L'évaluation vise à comprendre les enjeux liés à la mise en oeuvre d'une organisation intégrée de soins et de services sur une base territoriale dans un contexte de système public de santé. L'évaluation aborde différents aspects dont l'analyse de l'implantation du modèle planifié pour la phase 1 du projet et une évaluation des effets suivants : une analyse de la satisfaction des usagers à l'égard des soins reçus et de leur perception de la qualité des soins primaires et, pour la clientèle diabétique, une analyse de l'impact de l'intervention sur la satisfaction, sur la qualité de vie et sur les coûts privés assumés par ces clients.

À la collecte d'informations menée dans le cadre de l'évaluation s'ajoute un suivi des indicateurs généraux et une surveillance des programmes élaborés dans le cadre du projet. Par ailleurs, le projet a donné lieu à la rédaction de plusieurs documents ainsi qu'à des dépliants informatifs distribués soit à la population, soit à des clientèles spécifiques.

Voici les principaux résultats atteints :

- l'intégration et l'amélioration de la continuité des services par la mise en œuvre d'une vingtaine de programmes cliniques expérimentés suite à leur approbation par le comité directeur;
- une uniformisation des processus de soins et un changement des pratiques grâce notamment à la révision et au développement de 20 protocoles cliniques;
- une complémentarité accrue entre les établissements dans l'offre de services;
- un recours accru au suivi systématique pour certaines clientèles;
- l'intégration des médecins omnipraticiens du territoire à l'organisation des soins et des services;
- le développement du travail interdisciplinaire à l'égard de clientèles cibles;
- l'intégration d'infirmières dans les centres médicaux;
- l'instauration d'un réseau d'échange d'information reliant les centres médicaux et les établissements du territoire;
- un gain d'efficience grâce au partage des informations concernant les clients et à un accès rapide à certaines informations;
- la création d'un entrepôt de données incluant la plupart des données sur l'utilisation des services des résidants de la MRC du Haut Saint-Laurent et de quatre CLSC témoins.

Afin de soutenir les changements découlant de la mise en place d'une organisation locale de services intégrés, les éléments suivants sont importants :

- la participation des médecins à la plupart des comités créés;
- la rémunération des médecins pour les activités reliées à l'organisation et à la gestion des programmes cliniques;
- la dispensation de 10 sessions de formation pour soutenir et favoriser les apprentissages de nouveaux modes d'organisation de soins.

En considérant le chemin parcouru sur une courte période et l'instabilité créée par un échéancier serré, ces résultats nous apparaissent significatifs et prometteurs. En effet, les principaux changements observés vont dans le sens d'une utilisation différente des ressources sur le territoire, de modifications dans le prise en charge de la population et des habitudes de consommation de la population. Par exemple, les données préliminaires indiquent :

- une diminution de l'achalandage à l'urgence;
- une diminution du nombre d'admissions en médecine et de la durée de séjour en médecine;
- une augmentation du taux de référence au maintien à domicile;
- une augmentation au recours de services ambulatoires et aux ressources légères.

Les conclusions découlant de ce projet sont importantes. En effet, grâce aux efforts des intervenants, médecins, professionnels de la santé et gestionnaires, il a été possible de mettre sur pied une organisation locale de services intégrés renforçant et s'appuyant sur une organisation médicale et sur une première ligne performantes. Le projet de capitation offre des pistes de solution au fonctionnement d'un réseau intégré pour l'organisation des services de base, la coordination et l'intégration des services et l'adaptation des pratiques organisationnelles et professionnelles, y compris les pratiques médicales. À ce propos, le recours à des infirmières en centre médical représente un facteur de succès dans l'implantation du réseau des services intégrés.

L'opérationnalisation et l'arrimage des intégrations clinique, administrative, financière et informationnelle demeurent complexes. Les modalités d'organisation de soins et de financement allant de pair, le plein potentiel du modèle ne pourra être réalisé qu'en orchestrant les différents types d'intégration de façon cohérente. Le projet de capitation a donné des résultats intéressants pour la population, pour les partenaires du réseau de soins et pour le système de soins. Ces résultats pourraient cependant être consolidés par l'ajout de leviers organisationnels et financiers notamment grâce à :

- l'intensification de l'intégration des services médicaux;
- la mise en place d'une structure de gouverne renforçant la vision stratégique de l'expérimentation;
- l'expérimentation de la capitation;
- la stabilité de l'expérimentation et la poursuite d'une évaluation multidimensionnelle.

Les acteurs du territoire ont exprimé leur motivation et leur volonté de poursuivre l'expérimentation au-delà de la période prévue par la subvention du Fonds pour l'adaptation des services de santé. Dans l'attente d'une confirmation pour un financement de la phase 2 du projet dans laquelle la capitation pourrait être expérimentée, les conseils d'administration des établissements de la MRC et la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie ont accepté de financer une continuité du projet pour une période de trois mois.

La stabilisation de l'expérimentation contribuerait, d'une part, à dégager des économies à réinvestir dans le territoire et, d'autre part, à rapprocher l'organisation locale de soins et de services intégrés du modèle théorique d'intervention conçu initialement. Étant donné les sommes d'argent investies dans ce projet, notamment par les établissements et leurs partenaires privés et l'atteinte de résultats intéressants et encourageants malgré la courte durée de l'expérience, il apparaît inconcevable de mettre fin à ce projet.

Afin que le fonctionnement des différentes cliniques soit adéquat, l'hôpital Barrie Memorial a investi plus de 384 000 $ dans l'aménagement de locaux et l'achat d'équipement nécessaire au fonctionnement du projet. De plus, il est important de souligner l'implication des médecins du territoire et l'apport des ressources humaines mises à contribution par la régie régionale de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie, par les établissements du territoire et par les centres médicaux.

INTRODUCTION

En mai 1998, une demande de subvention pour le projet de capitation de la municipalité régionale de comté du Haut Saint-Laurent (MRC) est déposée au Secrétariat du Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS). Dans l'attente d'une réponse favorable, les partenaires impliqués poursuivent leur réflexion et continuent de développer le projet sur plusieurs aspects notamment, les composantes clinique, administrative, financière, évaluative et informationnelle. Ces travaux étaient de nature exploratoire et restaient jusqu'alors partiels.

Le projet qui est approuvé par le FASS en mars 1999 vise à simuler les mécanismes de financement par capitation et à compenser les conséquences de l'application de ces mécanismes sur les services. Les partenaires acceptent avec enthousiasme la mise en oeuvre du projet de capitation qui s'échelonne du 1er novembre 1998 au 31 décembre 2000. Le budget initialement accordé est de 3 238 millions $. En mars 2000, une demande de prolongation du projet est présentée au FASS pour poursuivre l'expérimentation jusqu'au 31 mars 2001. Cette demande est acceptée. Le budget octroyé est alors révisé au montant de 3 062 millions. La période de diffusion devra se terminer au plus tard le 30 juin 2001.

Ce document présente une synthèse du déroulement de ce projet. Ce dernier vise la mise en place d'une nouvelle façon d'organiser et de dispenser les soins et les services de santé à la population du territoire de la MRC. Après avoir présenté un sommaire du rapport, le premier chapitre décrit brièvement la pertinence, le but poursuivi et les objectifs du projet. Le deuxième chapitre fait état des principales activités prévues initialement et celles déployées à ce jour dans la municipalité régionale de comté du Haut Saint-Laurent. Le troisième chapitre présente les résultats obtenus et les impacts observables dans les limites de la durée du projet. Enfin, le quatrième propose les éléments du plan de diffusion des résultats de ce projet.

Afin d'alléger la présentation du rapport, un portrait sociosanitaire est inclus en annexe de même que de l'information supplémentaire dont le plan de diffusion et de publication et la liste des sessions de formation dispensées dans le cadre du projet. Le rapport d'évaluation du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) de l'Université de Montréal se retrouve au tome II de ce rapport final.

1. PERTINENCE, BUT POURSUIVI ET OBJECTIFS

Afin de donner un bref aperçu du projet de capitation, cette section résume la pertinence, le but poursuivi et les objectifs de ce projet.

1.1 Pertinence

Dans un contexte de capitation, tous les établissements et les organismes du territoire qui interviennent dans le domaine de la santé et des services sociaux sont responsables des soins et services consommés par sa population, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du territoire concerné.

Le réseau de services intégrés dessert donc toute la population de la MRC du Haut Saint-Laurent ce qui le différencie de la pratique traditionnelle par établissement. Cette approche populationnelle intègre la notion de responsabilité envers une population et fournit l'opportunité de créer des programmes de prévention de la maladie et de promotion de la santé dans une perspective d'amélioration de la santé. Shortell et collaborateurs (1993) proposent une définition du système intégré de soins : « Un système intégré de soins est un réseau d'organisations qui dispose directement ou indirectement d'un continuum coordonné de services à une population définie, en étant responsable cliniquement et financièrement des performances et de l'état de santé de la population desservie ».

La vision commune du système de soins et de services intégrés de la MRC partagée par les acteurs du territoire est représentée à la figure 1. Cette vision s'appuie sur les besoins de santé de la population et sur une organisation médicale forte où l'on favorise la pratique de la médecine familiale. Cette représentation s'articule sur quatre secteurs avec les services de première ligne comme première porte d'entrée du système et constituant le noyau central de l'organisation locale. Les trois autres secteurs (en santé mentale, pour les adultes et les personnes âgées en perte d'autonomie et en santé cardiovasculaire) composent les services indispensables pour une organisation locale de services dans un milieu rural. Par ailleurs, le comité directeur du projet a permis de rassembler à une même table tous les acteurs du territoire (médecins omnipraticiens, CLSC, CHSLD, CH) afin de favoriser l'intégration des services de soins et des services de première ligne.

Cette vision des services va dans le sens des recommandations et des réformes entreprises dans plusieurs pays industrialisés. Ainsi de l'avis de plusieurs experts (Leatt et al., 2000 ; Marriott & Mable, 1998), la réorganisation des services de première ligne joue un rôle clé dans l'amélioration des services à la population. Au Québec, des recommandations de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, déposées en janvier 2001, vont dans le sens de la réorganisation des services de première ligne. La création de groupes de médecins de famille et la mise en place d'une gouverne unique sur un territoire constituent deux illustrations de recommandations permettant d'actualiser une nouvelle gestion et organisation de la prestation de services.

Bref, la pertinence d'un tel projet est fondée sur la nécessité d'un renforcement du système public de soins de santé et des services sociaux, par l'implantation d'un modèle de soins intégrés qui soit adapté aux dimensions social, économique, législatif et réglementaire canadien et québécois.

De plus, dans un contexte où les pressions technologiques, financières et démographiques sont importantes, un tel modèle s'avère requis puisqu'il fait appel à l'utilisation des services et des compétences déjà en place pour revoir les pratiques de soins et de services et réorganiser ces dernières vers un mode ambulatoire et de maintien à domicile.

1.2 But poursuivi

Le projet de capitation favorise l'implantation d'un réseau de services intégrés avec la volonté et la motivation nécessaires pour introduire une nouvelle façon d'organiser, de dispenser et de financer les soins et les services de santé sur le territoire rural de la MRC du Haut Saint-Laurent.

Le défi consiste à développer un modèle d'organisation de services financé par capitation, adapté au contexte québécois et canadien selon des objectifs axés sur la qualité, la satisfaction, l'efficience des services ainsi que l'amélioration de la prise en charge de la population. Le projet de capitation vise à briser les frontières entre les établissements et les professionnels en cabinet privé quant à l'utilisation des ressources. Il permet, entre autres, l'implication des médecins dans l'organisation des soins. Il renouvelle la structure d'incitation des médecins tout en permettant un recours potentiel à d'autres formes de paiement. Il pousse à un renforcement et à une diversification des ressources de première ligne. Il incite les intervenants à réviser les processus cliniques et les stratégies de traitement. Cette révision est un gage de réussite pour atteindre des soins globaux mieux coordonnés et plus efficients afin de favoriser l'intégration des services.

Le projet offre donc une occasion unique d'examiner la dynamique du milieu dans la prise en charge de la gestion du réseau des services locaux. Ces fonctions touchent l'intégration fonctionnelle et clinique des établissements et des cabinets médicaux du territoire. Il permet d'une part, de développer un modèle de soins adaptés à ces milieux et d'autre part, d'examiner une forme de décentralisation locale de la gestion des services de santé dans les milieux ruraux et enfin, il permettra de changer le mode d'allocation des ressources par établissement en fonction des besoins de la population.

1.3 Objectifs

La mise en place d'un modèle d'intégration des soins axé sur les soins de première ligne et sur une organisation médicale forte vise un changement contribuant à l'accroissement de l'accessibilité locale, de l'efficacité et de l'efficience du système de soins du territoire dans une perspective d'amélioration de la prise en charge de la population.

Le projet de capitation s'appuie sur un modèle d'organisation visant les objectifs suivants :

→ **Améliorer la qualité des services et la satisfaction, par** :

- une plus grande accessibilité aux soins suite au rapatriement des services de première ligne, des développements de services de prévention et de suivi;
- un traitement d'un plus grand nombre de cas dans la MRC;
- une meilleure coordination horizontale et verticale et une meilleure continuité de soins.

→ **Améliorer l'efficience des services, par** :

- l'utilisation, à qualité égale, de la ressource la moins coûteuse;
- la revue des processus clinique et administratif.

→ **Améliorer la prise en charge de la population :**

- par une attention soutenue aux besoins de la population;
- par une communication accrue avec la population;
- pour une amélioration de la santé.

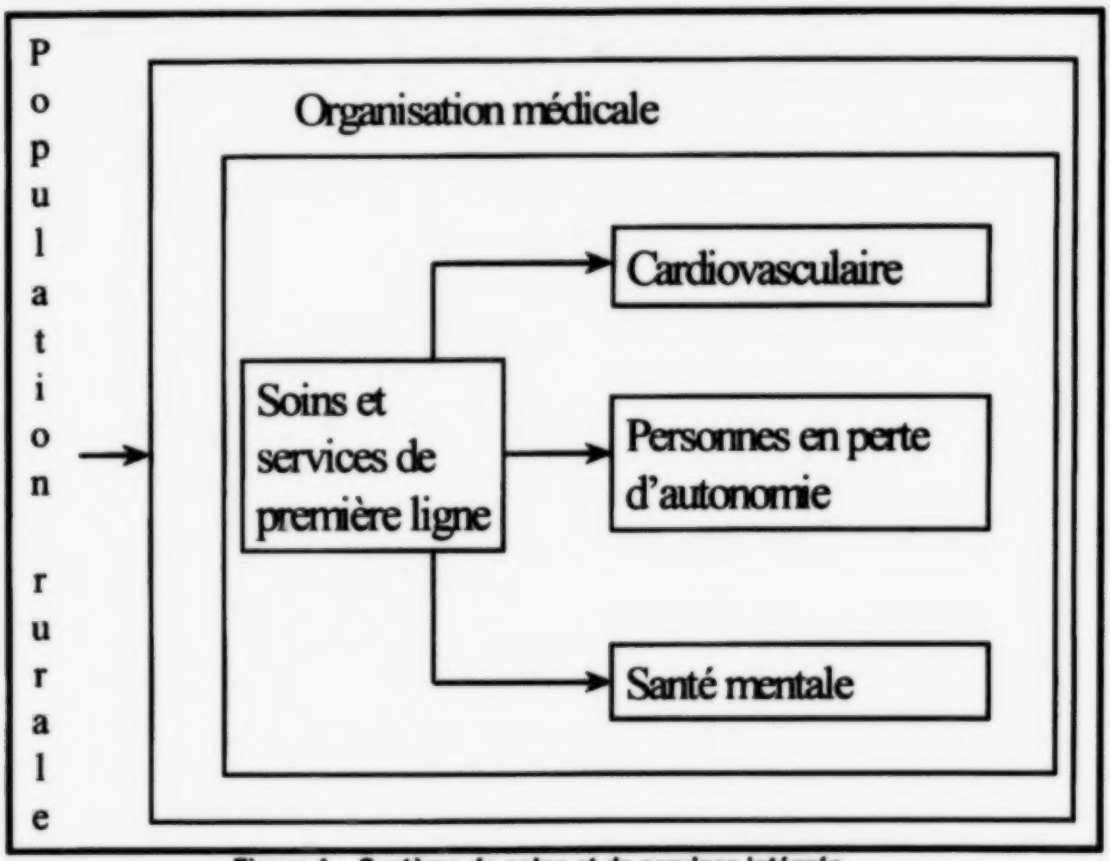


Figure 1 : Système de soins et de services intégrés

2. ACTIVITÉS DU PROJET

Ce chapitre compte quatre sections. Après avoir indiqué que l'expérimentation du projet pourrait se dérouler sur deux phases, la conception du modèle théorique de l'intervention est présentée selon ses modèles administratif, financier et clinique et ses composantes informationnelle et évaluative. La troisième section du chapitre témoigne de l'état de réalisation des modèles et composantes de l'intervention en date du 27 janvier 2001. Cette section comprend également une description des données et des ressources élaborées dans le cadre du projet ainsi qu'une liste des partenaires et des collaborateurs. Le chapitre sur les activités se termine par une description des écarts et des problèmes associés au projet.

2.1 Projet en deux phases

Dès le début, il est prévu que le projet de capitation puisse se dérouler en deux phases distinctes. Dans sa première phase, jusqu'au 31 mars 2001, il est orienté sur l'intégration des modèles clinique et informationnelle du réseau de services intégrés afin de répondre aux besoins de soins pressants du territoire. À noter que les médecins sont alors parties prenantes du projet et qu'ils s'impliquent dans la planification des services et la mise en œuvre des projets cliniques. Au cours de cette même phase, un système d'information clinique reliant les centres médicaux et les établissements de santé est instauré. De plus, un entrepôt de données sur la clientèle utilisant les services de santé et les services sociaux est en développement afin d'étudier les épisodes de maladie et la continuité des soins et services.

Le modèle implanté durant la première phase est fondé sur le maintien de l'autonomie des établissements du territoire et sur l'élaboration de mécanismes de coordination. En effet, bien qu'il était prévu en début de projet de créer une entité décisionnelle unique sur le territoire pour planifier et organiser l'ensemble des services, cette opération n'a pu être réalisée. Le budget des services médicaux demeure sous la responsabilité de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ). À moins de propositions d'adaptation du mode de paiement venant des médecins eux-mêmes, le mode de « rémunération à l'acte » est respecté.

Dans la deuxième phase qui est à réaliser, la capitation réelle pourrait être envisagée. Elle pourrait cibler l'ensemble ou une partie des services de première et de deuxième ligne et l'intégration de tous les budgets (institutionnels, RAMQ, médicaments), avec l'accord des partenaires. Il est également prévu d'alimenter les intervenants sur le terrain grâce à l'exploitation de la banque de données intégrées créée à la première phase. Cet entrepôt de données contient des données sociosanitaires à partir de 1997.

2.2 Conception du modèle théorique d'intervention

La MRC du Haut Saint-Laurent compte une population de 25 000 habitants sur un territoire défini. La position géographique de la MRC fait en sorte que 85 % à 90 % des consultations médicales passent par les services d'accueil du territoire (cabinets, services d'urgence, CLSC); par conséquent, il n'est pas utile de recourir à la liste des participants, ni à l'inscription de la population.

Enfin, les ressources sont modulées en fonction des besoins sociosanitaires de la population, plutôt qu'en fonction des demandes individuelles de soins de santé (Marriott et Mable, 1998).

La dimension rurale est spécifique au projet. En effet, le milieu rural au Québec est au prise avec des problèmes permanents de manque de ressources professionnelles ce qui requiert un modèle d'organisation plus flexible, tant pour l'administration que pour l'organisation clinique. C'est le cas de cette MRC et des trois quarts du territoire du Québec.

Les concepts élaborés dans les expériences sur les systèmes de santé sont mis à contribution tout en respectant la culture du milieu : réseau de services intégrés, continuité de soins, coordination de l'accueil et dépistage, stratégies de suivi systématique des clientèles à risque, stratégies d'utilisation de ressources alternatives, gestion des épisodes de soins de santé et gestion de cas.

Le développement d'un réseau de première ligne performant permet de retenir davantage les patients dans le territoire et de redresser l'érosion du bassin hospitalier vers les hôpitaux voisins. Cet objectif demande un changement de culture important dans le milieu. Dans un premier temps, tous les intervenants doivent s'orienter vers l'utilisation optimale des services de première ligne. Par la suite, ils doivent adhérer à l'approche de capitation en travaillant ensemble comme ***une seule organisation*** contrastant ainsi avec certaines rivalités historiques.

2.2.1 Modèles et ses composantes

La conception du projet repose sur des modèles administratif, financier et clinique. Ces derniers incarnent les types d'intégration recherchée. La conception de l'intervention comprend aussi une composante informationnelle qui vise à véhiculer l'information requise pour le fonctionnement en réseau intégré. Enfin, la composante évaluative permet d'apprécier l'expérimentation de ce projet de capitation.

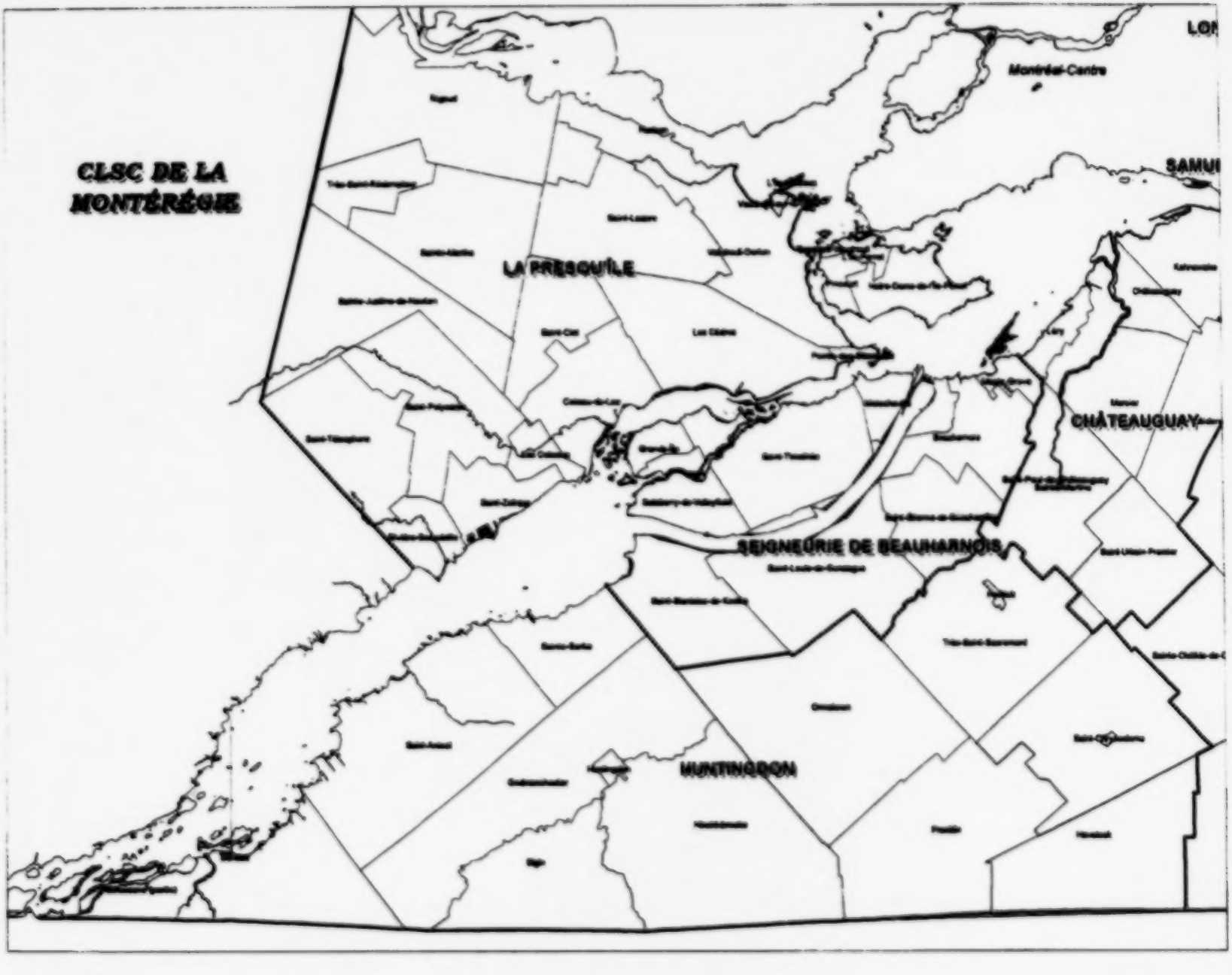
Ces modèles et composantes reposent sur les principes suivants :

- La population conserve l'accès gratuit aux services assurés publiquement ainsi que le libre choix du dispensateur de soins;
- Le modèle repose sur l'intégration de l'ensemble des services de santé et des services sociaux;
- Le financement est déterminé par capitation (per capita moyen);
- Le financement intègre les différentes sources de financement public.

2.2.2 Modèle administratif

Au départ, le projet prévoit la création d'un conseil d'administration unique qui le gère et qui permet une allocation plus flexible des ressources en fonction des besoins de la population et non en fonction des budgets historiques des établissements. La création d'une telle entité de gestion épouse parfaitement une des recommandations de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2001). Le conseil d'administration doit d'une part, s'assurer que le plan d'organisation enveloppe les trois missions (hospitalière, première ligne et services communautaires et soins de longue durée) et d'autre part, que les ressources (établissements et subvention du FASS) soient affectées vers les besoins de services de la population.

Un tel conseil d'administration doit s'impliquer activement dans la défense des valeurs préconisées par le projet. Le modèle vise l'intégration fonctionnelle des unités de production de soins et de services. L'intégration fonctionnelle réfère à la coordination des fonctions administratives, marketing, gestion de ressources humaines, planification stratégique, etc., entre les unités constituant le système.


CLSC DE LA
MONTÉRÉGIE
LA PRESQU'ÎLE
CHÂTEAUGUAY
SEIGNEURIE DE BEAUHARNOIS
HUNTINGDON

Ce volet de travail touche le mécanisme actuel de gérance et son évolution vers une forme compatible avec la capitation, à savoir une *entité unique qui détient les responsabilités administratives, financières et cliniques* et qui est imputable des services à produire à la population et des ressources mobilisées.

L'entité légale signe des ententes de service avec des établissements hors du territoire pour les services non disponibles dans la MRC. Les médecins participent à la gestion globale du projet et à l'organisation des services cliniques pouvant les amener à définir un mode de rémunération cohérent avec le modèle intégré. Les médecins sont rémunérés pour l'organisation et la gestion des programmes cliniques. Enfin, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie assume les responsabilités de contrôle et de soutien aux intervenants du milieu dans les différentes phases d'implantation. Le tableau suivant résume les éléments du modèle administratif.

Tableau 1

Modèle administratif

- C.A. unifié comme entité décisionnelle
- C.A. imputable des ressources mobilisées et des services produits
- Participation des médecins à la gouverne
- Contractualisation pour l'offre de services hors du territoire
- Monitorage assumé par la RRSSS-Montérégie

2.2.3 Modèle financier

Le modèle financier réfère au mode de financement et d'allocation de ressources sur une base de capitation pour la population du territoire.

- Les principes du modèle sont les suivants :
- le montant de capitation est établi selon le montant du per capita moyen provincial, ajusté selon les caractéristiques de la population;
- le per capita couvre l'ensemble des services de santé et des services sociaux assurés publiquement à l'exception des programmes provinciaux qui font l'objet d'entente particulière;
- le financement intègre les différentes sources de financement public pour la MRC (budget de fonctionnement des établissements, budget d'équipements, budget de la RAMQ, budget des médicaments);
- le niveau de l'enveloppe de la RAMQ reste stable pour la MRC;
- l'entité légale a une double responsabilité financière et clinique;
- tout déficit doit être remboursé et tout surplus sera réinvesti dans un fonds de réserve servant au développement des nouveaux services selon certains paramètres;
- les médecins sont rémunérés pour leur participation à la gestion du système et pour les tâches de coordination.

La subvention du FASS sert à compenser les effets attendus d'un fonctionnement en mode de capitation, dont le rapatriement des clientèles qui utilisent des services en dehors du territoire, la création de services pour réduire l'hospitalisation, l'implantation de nouveaux modes de pratique plus efficaces et efficients et finalement la rémunération des activités administratives et d'enseignement des médecins. Le financement réel en mode capitation ne sera pas expérimenté à la phase 1 de ce projet.

Tableau 2

Modèle financier

- Financement sur une base de capitation avec un per capita moyen ajusté
- Intégration des budgets des établissements
- Incitatif : remboursement par l'entité des déficits et conservation des surplus pour investissement
- Rémunération des médecins pour les tâches de gestion et de coordination

2.2.4 Modèle clinique

Le modèle clinique comprend un ensemble d'activités qui visent à identifier les besoins de soins et de services sur le territoire et à sensibiliser les professionnels. À l'intérieur des projets cliniques, les cliniciens cherchent des ajustements visant une pratique plus intégrée, plus continue et moins coûteuse. Ce mode de pratique est cohérent avec le projet de capitation.

La réalisation du modèle clinique permet de revoir la pertinence du panier de services sur le territoire, d'examiner le continuum de services, de revoir le mode d'organisation interétablissements, de revoir le fonctionnement de l'accueil, l'évaluation du patient, les traitements et les suivis. Le modèle clinique permet aussi de réallouer les ressources actuelles des établissements vers d'autres services plus légers ou préventifs.

Le modèle dans la composante clinique s'oriente vers :

- le maintien d'une gamme de services offerts localement;
- le développement d'un mécanisme unique d'identification du patient afin de faciliter le suivi des informations à travers les différents services. Ces informations cliniques de base seront accessibles à partir de tous les points de services : hôpital, centre médical, cabinet privé, CLSC et CHSLD. Des codes d'accès garantiront la confidentialité des informations cumulées au dossier;
- le médecin de famille demeure le gestionnaire clinique du patient. Il assure la coordination de l'ensemble des services requis par le patient et s'assure de l'utilisation de la ressource la mieux appropriée pour y répondre. La première ligne joue un rôle important de coordination dans le but d'assurer un continuum de soins. Ce rôle de coordination inclut des fonctions d'accueil, d'évaluation, d'orientation et de suivi. La première ligne assure aussi le suivi clinique pour les services achetés à l'extérieur de la MRC;
- dans une perspective de pratique multidisciplinaire, le gestionnaire de cas coordonne les soins et les services requis en santé mentale et ceux des adultes et personnes âgées en perte d'autonomie;
- le médecin maintient une pratique médicale autonome;
- le modèle encourage l'utilisation de la ressource la plus légère.

Tableau 3

Modèle clinique

- Médecins « gestionnaires de soins »
- Gestion de cas
- Utilisation de la ressource la plus légère
- Intégration de l'information clinique
- Pratiques multidisciplinaires
- Adhésion à des processus de soins interétablissements

Examinons donc maintenant les deux composantes essentielles qui sont associées au déploiement du modèle que nous venons de présenter, à savoir les composantes informationnelle et évaluative.

2.2.5 Composante informationnelle

Au niveau des systèmes d'information, quatre zones de travail ont été identifiées. La première zone consiste à rassembler toutes les banques de données disponibles afin de fournir les informations aux comités thématiques. Ces banques sont : MED-ÉCHO (données sur la clientèle hospitalisée), DRG (données sur la performance hospitalière – drg : diagnostics repères pour la gestion), RAMQ (données sur les actes médicaux, les médicaments, les orthèses et les prothèses, etc.), SIC-CLSC (données sur la clientèle des centres locaux de services communautaires) et SICHELD (données sur la clientèle d'un centre d'hébergement de soins de longue durée).

La deuxième zone consiste à créer un fichier sur l'histoire clinique des patients de 1997 à 2003, à partir des banques de données mentionnées, en réunissant les épisodes de soins d'un même bénéficiaire, à travers différents fichiers, selon un ordre chronologique; ainsi sera connu le cheminement de la consommation d'un individu à travers les services du système de santé, sur une période de cinq ans. Ce projet est appelé ***entrepôt de données***. Il permettra éventuellement une meilleure gestion des épisodes de maladies. Cet entrepôt comprend les informations sociosanitaires de 200 000 résidants de la Montérégie : ceux demeurant sur le territoire de la MRC (environ 25 000 personnes) et ceux habitant dans quatre districts de CLSC (CLSC Châteauguay, CLSC La Presqu'Île, CLSC Seigneurie de Beauharnois et CLSC/CHSLD La Pommeraie).

La troisième zone consiste à implanter un réseau informatique qui relie les centres médicaux avec les établissements par le RTSS (Réseau de télécommunication sociosanitaire). La quatrième zone consiste en une étude préliminaire d'un système d'information intégrée (financier et clinique) pour gérer le projet de capitation. Des mécanismes seront également développés afin de suivre la clientèle lorsqu'elle reçoit des services en dehors de la MRC. La carte à puce est un des mécanismes envisagés.

2.2.6 Composante évaluative

Le volet évaluatif du projet a été confié à des chercheurs du GRIS de l'Université de Montréal.

L'évaluation vise à comprendre les enjeux de la mise en œuvre d'un modèle intégré de soins et de services sur une base territoriale dans le contexte d'un système public de santé.

À cette fin, l'évaluation s'attarde à étudier différents aspects de cette mise en œuvre dont :

1. **Évaluation de l'implantation** : ce volet de l'évaluation vise à cerner et à comprendre les facteurs qui expliquent l'écart entre le modèle théorique proposé initialement au FASS et le modèle d'intervention qui a été effectivement implanté. Cette analyse est particulièrement utile pour comprendre les enjeux associés à l'expérimentation ainsi qu'à la poursuite et à la diffusion de celle-ci.
2. **Évaluation de l'utilisation des services** : l'analyse de l'utilisation des services cherche d'une part, à apprécier l'efficacité du modèle d'organisation de services intégrés implanté dans le cadre du projet de capitation et d'autre part, à évaluer le taux de rétention de la population dans le territoire. Cela implique, entre autres, de s'assurer que l'intervention est suivie d'une réorientation dans la consommation des services de santé (ex. : une hausse au recours des modalités ambulatoires) et d'une augmentation de la consommation des services de santé par la population sur le territoire.
3. **Évaluation des coûts de la prise en charge** : cette évaluation vise moins à déterminer un per capita robuste qu'à évaluer l'évolution des coûts de prise en charge suite à l'introduction du réseau local de services intégrés. Trois questions de recherche ont été retenues :
   - Quels sont les coûts des nouvelles modalités de gestion intégrée des services (rapport entre les quantités de services dispensés et le prix)?
   - Dans quelle mesure l'intervention améliore-t-elle la productivité du système (relation entre la quantité de services produits et le volume de ressources utilisées pour les produire)?
   - L'intervention améliore-t-elle le rendement du système (association entre les effets observés, les ressources et les services)?
4. **Évaluation de la qualité des soins** : cette analyse vise à vérifier l'impact du nouveau modèle d'organisation des services sur la qualité des soins. La qualité est appréciée au niveau des processus (coordination, continuité) et au niveau des résultats. Plus précisément, l'évaluation des résultats se penche sur la qualité des services de première ligne, le modèle de services intégrés devant renforcer ces services.
5. **Évaluation de la satisfaction des acteurs organisationnels** : cette évaluation se penche sur le degré de satisfaction des gestionnaires, des professionnels et des autres intervenants vis-à-vis du nouveau modèle d'organisation de soins implanté.
6. **Évaluation de la satisfaction des clients** : ce dernier volet de l'évaluation vise à apprécier le degré de satisfaction de la clientèle des différents secteurs (santé mentale, adultes et personnes âgées en perte d'autonomie, services ambulatoires de première ligne et cardiovasculaire) quant aux soins et services reçus.

2.3 État de réalisation du modèle théorique d'intervention

Cette section témoigne de l'état de réalisation du projet, en date du 27 janvier 2001. Préalablement à la présentation des principales activités réalisées et des travaux associés au modèle d'intervention et composantes, cette section débute par une brève description du modèle d'intervention appliqué.

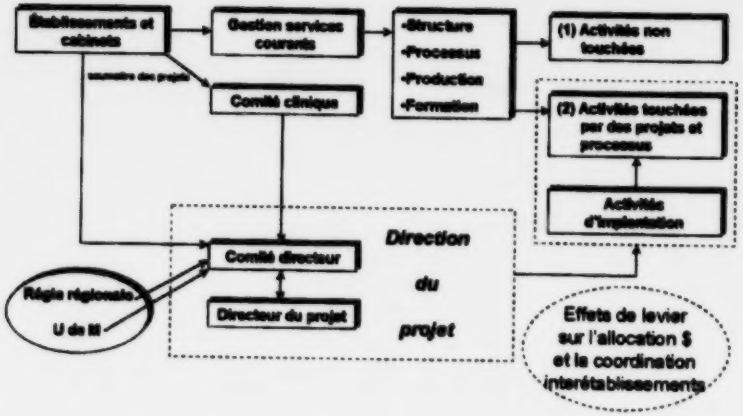
2.3.1 Modèle d'intervention appliqué

Tel que mentionné à la section précédente, il était prévu en début de projet de créer une entité décisionnelle unique. Cette opération n'a pu se réaliser étant donné les enjeux soulevés par le projet. Un comité directeur a été créé pour gérer le projet de capitation. Ainsi, le modèle actuel d'intervention diffère du modèle présenté au FASS en mai 1998.

Présentement, il s'agit d'une période transitoire annonciatrice d'une intégration de l'ensemble des services dans le territoire. Durant cette période, les actions se font de façon complémentaire entre d'une part, la gestion des services courants des établissements et d'autre part, la gestion de la mise en œuvre.

Le modèle d'intervention appliqué est présenté au diagramme 1. Celui-ci comprend deux branches. La première branche (activités non touchées) représente la gestion des services courants et la seconde reflète la gestion de la mise en œuvre de l'intervention.

Diagramme 1 : Modèle d'intervention appliqué



Activités non touchées

Activités touchées

- Implantation de processus
- Implantation de nouveaux programmes
- Sensibilisation, mobilisation, formation
- Mise en place de systèmes d'information
- Simulation du coût per capita

- Ayant des cibles cliniques communes pour tous
- Plus d'accessibilité aux services
- Meilleure coordination et continuité de soins
- Plus de coordination de soins pour le même patient
- Plus de cas traités dans la MRC
- Plus de projets commun et financés en commun
- Plus d'implication des médecins et intervenants
- Utilise plus d'informations cliniques

→ Organisation locale de soins intégrés

→
- Qualité
- Efficience
- Efficacité
- Satisfaction

Gestion des services courants dans les établissements

Les directeurs généraux des établissements poursuivent la gestion courante des services dans leur établissement respectif. Ils intègrent dans la pratique actuelle les recommandations du comité clinique touchant l'organisation et les services cliniques. Dans un deuxième temps, ils évalueront les possibilités de regroupement entre les fonctions administratives, en révisant les processus administratifs et en mobilisant le personnel et les conseils d'administration vers l'approche de capitation. La réalisation de l'intégration fonctionnelle des établissements incombe aux directeurs des établissements.

Le fonds FASS ne sert que pour les activités de soins qui vont au-delà de ce que le système public fournit présentement. C'est pourquoi dans tous les projets, il y a contribution des établissements. Les intervenants redéfinissent les processus de soins qu'engendre le nouveau mode de collaboration entre les établissements par des projets définis dans les secteurs cliniques espérant que ces nouveaux modes de fonctionnement influenceront l'ensemble des activités cliniques du territoire.

L'hypothèse retenue est que la mise en œuvre des projets cliniques de capitation implique une intégration des services entre les établissements. Cette intégration aura un *effet levier* qui influencera les structures et les processus fonctionnels des établissements.

Gestion de la mise en oeuvre de l'intervention

Le comité directeur encadre l'orientation et la mise en oeuvre du projet. Le directeur du projet est responsable des activités de l'implantation des projets et de leur financement qui sont approuvés par le comité directeur; il travaille à l'implantation des projets en étroite collaboration avec les directeurs généraux et les cliniciens.

La mise en oeuvre du projet vise les quatre secteurs de services : ambulatoires, adultes et personnes âgées en perte d'autonomie, cardiovasculaire et santé mentale. Le comité clinique, présidé par un médecin et composé de différents intervenants des établissements, décide des projets prioritaires à implanter selon les besoins de la population identifiés par eux. Par ailleurs, les systèmes d'information, les programmes pour la sensibilisation, la mobilisation et la formation des intervenants sont aussi d'autres domaines d'intervention du projet de capitation.

2.3.2 Modèle administratif

L'objectif visant à créer une entité unique qui gère l'ensemble des services de santé et des services sociaux est toujours poursuivi sur le territoire de la MRC du Haut Saint-Laurent. En attendant la création de cette entité, un comité directeur a été créé pour gérer le projet de capitation. Le CLSC et le CHSLD se sont regroupés en novembre 2000. Deux conseils d'administration au lieu de trois sont maintenant présents sur le territoire.

Un **comité directeur** facilite la participation active des médecins déjà impliqués dans la planification et l'organisation des quatre programmes cliniques du projet et il alloue les ressources.

Le mandat du comité directeur consiste à :

- approuver les projets cliniques;
- décider de l'allocation des ressources en rapport avec l'expérimentation d'un nouveau mode d'organisation de services et de la préoccupation « l'argent suit le client »;
- approuver les projets des systèmes d'information;
- apprécier les résultats.

D'autres comités ont œuvré à l'élaboration du projet de capitation dont un comité de gestion, un comité clinique, lequel coordonne la réorganisation clinique des quatre secteurs, et des comités thématiques, lesquels chapeautent les programmes de chaque secteur.

Des protocoles d'entente ont été signés avec la direction des trois organisations et les médecins en cabinet privé pour chacun des programmes financés. Ils sont disponibles sur demande.

Enfin, des mécanismes de gestion ont été mis en place pour assurer le suivi des activités d'implantation dans le territoire. Ces mécanismes sont décrits et mis à jour dans le « Manuel de gestion » (Nguyen et Tourigny, 2000) du projet de capitation.

2.3.3 Modèle financier

Tel que soulevé antérieurement, la phase I du projet n'a pas inclus d'expérimentation de la capitation. Au terme du projet, les éléments retenus nous permettent d'explorer une expérimentation du financement de certains services en mode capitation dont les soins et les services à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie et pour la santé mentale.

2.3.4 Modèle clinique, partenaires et collaborateurs

Le projet de capitation a donné lieu à la participation de plusieurs personnes tel qu'en témoigne la liste précédant la table des matières. Il a suscité de l'intérêt et entraîné la participation d'un grand nombre d'acteurs, notamment les conseils d'administration des établissements du territoire et leurs gestionnaires, les médecins des centres médicaux et les autres professionnels de la santé, les chercheurs du GRIS de l'Université de Montréal et la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Les travaux décrits dans cette section ont été réalisés dans le cadre du modèle clinique visant à développer un réseau de soins intégrés impliquant les centres médicaux, les cabinets privés, l'hôpital Barrie Memorial, le CLSC et le CHSLD du comté de Huntingdon.

Le projet de capitation a pour objectif l'intégration des soins et des services, incluant ceux de la médecine familiale sur le territoire. Après avoir passé en revue l'ensemble des services du territoire, le comité des services cliniques a priorisé les soins fournis dans les quatre secteurs suivants : services ambulatoires, adultes et personnes âgées en perte d'autonomie, santé mentale et cardiovasculaire. Chacun de ces secteurs constitue un aspect clé dont une organisation locale de services intégrés doit tenir compte.

À partir de ces secteurs, les médecins et les intervenants ont suggéré et priorisé une vingtaine de programmes, qui selon eux, assureront une meilleure prise en charge de la population. Ces projets ont également pour effet d'orienter la pratique médicale vers une pratique en réseau, d'améliorer la continuité des soins, de renforcer la relation médecin-patient, de valoriser la médecine de famille basée sur le plateau technique du territoire et d'améliorer la synergie entre les médecins de famille et les établissements de santé du territoire.

Ces programmes font appel à un partage des responsabilités de gestion entre les partenaires de l'organisation locale de services intégrés. Le tableau 4 présente une vue d'ensemble des programmes : il inclut la clientèle visée et le partage des responsabilités entre les partenaires.

Les deux principaux aspects de l'organisation des services cliniques sont explicités dans les pages suivantes soit :

- l'organisation médicale sur le territoire;
- la description des secteurs et des programmes du projet de capitation.

Tableau 4 : Partage des responsabilités entre les partenaires

Secteurs cliniques/domaines	Clientèle	Hôpital	CLSC	CHSLD	Centres Médicaux
Services ambulatoires					
1. Consolidation des services médicaux de première ligne	Population de la MRC	◆	◆	◆	◆
2. Expérimentation clinico-administrative du travail multidisciplinaire en cabinet privé	Population de la MRC	◆	◆	n.s.p.	◆
3. Intégration des soins/services de la clinique de diabète	Personnes ayant un diagnostic de diabète	◆	◆	n.s.p.	◆
4. Intégration des soins/services pour la clientèle nécessitant des soins de plaies		◆	◆	n.s.p.	◆
5. Accessibilité locale aux services d'ophtalmologie	Clients nécessitant évaluation et traitements	◆	◆	◆	◆
6. Suivi systématique de la clientèle ayant des troubles chroniques respiratoires (MPOC)	Clients ayant des problèmes respiratoires	◆	◆	◆	◆
7. Développement du potentiel des services à domicile : . Volet rehaussement	. Clients des programmes du projet	◆	◆	n.s.p.	◆
8. Développement du potentiel des services à domicile: . Volet intensification des services	. Clients en perte d'autonomie ou posthospitalisés	◆	◆	n.s.p.	◆
9. Organisation des services durant la période estivale	Clients dont le congé est anticipé avec la fermeture D'une unité de l'hôpital	◆	◆	◆	◆
Adultes et personnes âgées en perte d'autonomie					
1. Intégration des services de soins palliatifs	18 ans et plus atteints de cancer en phase terminale	◆	◆	◆	◆
2. Accessibilité locale aux services d'orthophonie	Les 0 à 5 ans et la clientèle adulte	◆	◆	◆	◆
3. Répit de jour « La Relève »	Personnes en perte d'autonomie cognitive	◆	◆	◆	◆
4. Intégration de services de télésurveillance	Adultes en perte d'autonomie physique	◆	◆	◆	◆
Cardiovasculaire					
1. Réadaptation cardiaque : volet enseignement	Personnes atteintes d'une maladie coronarienne	◆	◆	◆	◆
2. Réadaptation cardiaque: volet exercices physiques	Personnes atteintes d'une maladie coronarienne	◆	◆	◆	◆
3. Protocole de mesure et suivi de la tension artérielle	Personnes ayant une tension artérielle plus élevée que la moyenne	◆	◆	◆	◆
4. Atelier ce cessation du tabac	Personnes anglophones ayant besoin d'un soutien	◆	◆	◆	◆
Santé mentale					
1 Consolidation de l'équipe multidisciplinaire	Clients de 6 à 100 ans ayant des problèmes de santé mentale	◆	◆	n.s.p.	◆
2 Support d'hébergement pour la clientèle ayant des problèmes de santé mentale	Adultes ayant des problèmes de santé mentale suivis par l'équipe du CLSC	◆	◆	n.s.p.	◆
3 Suivi intensif dans la communauté et de réadaptation	Adultes ayant des problèmes transitoires ou Persistants et graves en santé mentale	◆	◆	n.s.p.	◆

◆ Premier responsable du programme ◆ Partenaire du programme

2.3.4.1 Organisation médicale dans la MRC du Haut Saint-Laurent

Cette section définit brièvement l'organisation médicale dans la MRC du Haut Saint-Laurent dans une perspective de soins intégrés impliquant les centres médicaux, l'hôpital Barrie Memorial, le CLSC de Huntingdon et le CH du comté de Huntingdon. Le projet de capitation a été l'occasion pour les médecins du territoire de se positionner sur le mode d'organisation qu'ils veulent adopter suite aux propositions de changements soumises par plusieurs instances dans le but d'améliorer la prise en charge des services de la population.

Cette section s'inspire en partie d'un document portant sur l'organisation médicale sur le territoire (Nguyen, Donovan, Kingsley et Morin-Blanchet, 2000). Elle comprend les aspects suivants : une brève description des tendances au Québec sur l'organisation médicale, le modèle médical sur le territoire et l'expérimentation du travail multidisciplinaire en centre médical.

1) Les tendances au Québec

De l'avis de plusieurs experts, la réorganisation des services de première ligne joue un rôle clé dans l'amélioration des services à la population (Marriott et Mable, 1998). Au Québec, les propositions d'implantation de départements régionaux de médecine générale (DRMG) visent la création d'une instance régionale qui assurera l'accessibilité aux services médicaux généraux et la coordination de la distribution de services médicaux dans une région sociosanitaire. L'implantation des DRMG dans la Montérégie impliquera des modèles d'organisation au niveau local et régional.

En décembre 1999, le Collège des médecins du Québec, relativement à l'organisation des services médicaux, a suggéré de permettre à toute personne d'avoir un médecin de famille, de pouvoir compter sur lui et le garder et ainsi pouvoir bénéficier de l'expertise du médecin spécialiste lorsque son problème de santé l'exige et ce, dans des conditions d'accès de temps et de lieu raisonnables.

Afin d'atteindre cet objectif, les actions suivantes sont nécessaires :

- Privilégier le concept ***médecin de famille***;
- Rendre le médecin de famille responsable de la prise en charge d'une clientèle définie et connue de lui ou du groupe dont il est membre;
- Rendre le médecin spécialiste disponible à titre de personne-ressource pour un groupe de médecins de famille identifiés;
- Permettre aux médecins de prendre part aux décisions visant la mise en place de modèles d'organisation de pratique;
- Évaluer les résultats;
- Faire prendre conscience aux patients de leur responsabilité personnelle face à leur santé, à leur maladie et aux conséquences de leur choix sur l'utilisation des ressources.

Par ailleurs en 1995, le Conseil médical du Québec proposait de « hiérarchiser les services médicaux de manière à renforcer la relation patient-médecin, à responsabiliser davantage les médecins et la population et à faire des médecins de première ligne les pivots de la nouvelle organisation ».

Enfin, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec a commandé un rapport sur la pratique du médecin omnipraticien dans un réseau de services intégrés (SECOR, 1999).

Ce rapport décrit un modèle de pratique de médecine familiale tenant compte de la situation actuelle, des résultats d'un sondage auprès des omnipraticiens du Québec et des changements d'organisation des services de médecine générale à venir.

Le rapport propose des réseaux de médecine familiale à l'intérieur desquels le médecin de famille devrait pratiquer la médecine familiale en groupe, en participant à un réseau capable d'offrir une gamme étendue de services susceptibles de répondre aux besoins de la communauté en matière de

services médicaux généraux. En plus, le rapport suggère l'expérimentation du modèle de pratique proposée. La participation volontaire d'un ou de plusieurs cabinets privés dans une collectivité bien définie où se trouvent un CLSC et un centre hospitalier de services généraux et spécialisés serait la voie à privilégier.

Voici quelques éléments du modèle médical concernant le cabinet privé :

- Point de contact de ses patients avec le système de santé et les services sociaux;
- Offre d'une gamme diversifiée de services médicaux personnalisés, accessibles, globaux et continus qui répondent à un vaste éventail de problèmes de nature biologique, psychologique ou sociale;
- Assurance de l'intégration des informations cliniques et de la coordination des soins, du domicile à l'hôpital ou au centre d'hébergement;
- Contribution de façon importante à l'organisation des services médicaux généraux dans sa collectivité.

Récemment, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2001) a reconnu prioritaire la réorganisation des services de première ligne; elle recommande notamment l'implantation de réseaux de services sociaux, médicaux et de première ligne partout au Québec. Le volet médical de ce réseau serait assuré par des ***Groupes de médecine de famille*** formés de médecins pratiquant en centre médical ou en CLSC. Chaque groupe de médecine de famille pourrait être secondé par des infirmières et des professionnels de la santé.

Enfin, le 26 février 2001, la ministre de la Santé et des Services sociaux annonce l'intention du Ministère d'aller de l'avant avec la création des Groupes de médecine de famille. Cette mesure représente un pas important aux plans de l'accessibilité et de la continuité des soins et des services médicaux, la formule permettant à chaque citoyen d'avoir son médecin de famille et de pouvoir compter sur lui ou sur l'un de ses collègues, au moment opportun. Les modalités, dont celles de l'inscription des clients et de la rémunération des médecins et des infirmières, sont cependant à préciser.

2) Modèle médical actuel dans la MRC du Haut Saint-Laurent

Une vision partagée du modèle d'organisation médicale sur le territoire du Haut Saint-Laurent a émergé tout au long du processus d'implantation des projets cliniques. La population de la MRC est relativement bien desservie en termes de services médicaux. Ceci résulte de la pratique de médecine de famille, une tradition dans la région, et aussi de la volonté des médecins en place de suivre leurs patients et d'en être responsables. Entre 70 % et 75 % de la population a un médecin de famille, selon un sondage réalisé par CROP en février 2000 dans le cadre de l'évaluation du projet par le GRIS. De plus, même entre les épisodes de soins, la relation médecin-patient demeure présente (suivi du patient à travers les épisodes de soins).

La couverture médicale est assurée durant les heures régulières, tant en soirée que durant les fins de semaine, étant donné que les médecins se concertent entre eux pour assurer cette accessibilité en utilisant le plateau technique qui existe dans le territoire. L'équilibre de la couverture des services médicaux observé dans la MRC est fragile et précaire vu la pénurie de médecins. Selon le plan des effectifs médicaux de la RRSSS-Montérégie, il manque 20 % de médecins pour répondre aux besoins de la population. À cause du vieillissement de la population, la demande de services augmente continuellement.

Ces faits soulèvent, avec une certaine urgence, la problématique de préparer la relève médicale. En plus, on constate que les médecins ont presque tous le même âge et seront retraités en même temps. C'est aussi le problème de plusieurs autres municipalités régionales de comté en milieu rural au Québec. Le fonctionnement du modèle médical actuel est axé sur le fonctionnement hospitalier et les

services d'urgence incluant la garde à l'urgence, l'enseignement et les stages de l'Université McGill et deux pôles plus ou moins autonomes, les soins hospitaliers et les soins de longue durée.

La dimension formelle du modèle d'organisation médicale du territoire réside dans la structure des deux CMDP (diagramme 2). Un tel regroupement des médecins favorise les échanges entre eux et avec les ressources disponibles de façon à construire une base de collaboration pour répondre aux besoins de la population. À cet effet, différents moyens doivent être mis à leur disposition.

Le CMDP de l'hôpital Barrie Memorial regroupe l'ensemble des médecins du territoire sauf celui de Saint-Anicet. Les médecins assument leurs responsabilités à l'intérieur de l'hôpital et partagent l'information et les connaissances nécessaires pour prendre charge de la population du territoire (informations sur les nouveaux services, formation continue, rencontre avec les spécialistes donnant des services à la population). Quant au CMDP du CLSC et du CH du comté de Huntingdon, il s'occupe davantage de l'aspect des soins prolongés, des soins en santé mentale et des soins communautaires.

C'est ainsi que les médecins se coordonnent entre eux pour les horaires de garde à l'urgence, le suivi des patients durant l'absence du médecin traitant et durant la période estivale. Dans le contexte d'une organisation médicale pour le territoire de la MRC, ces deux instances constituent des mécanismes permettant d'examiner l'ensemble des besoins des services médicaux et de favoriser les ajustements pour y répondre.

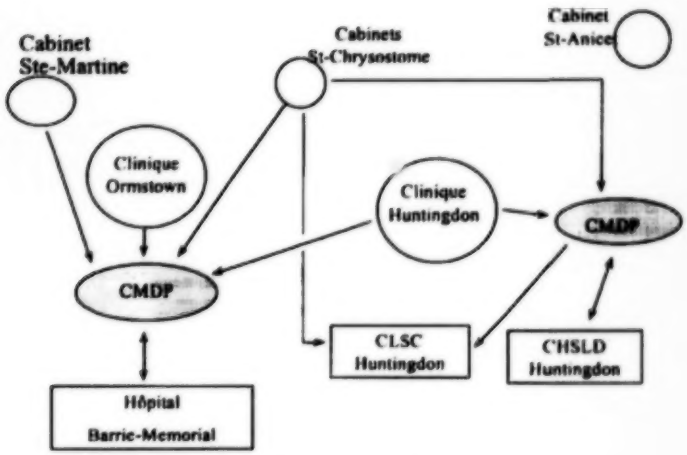


Diagramme 2 : Organisation formelle

Quatre points de services médicaux couvrent l'ensemble du territoire de la MRC du Haut Saint-Laurent :

Le Centre médical Ormstown regroupant 7 médecins omnipraticiens, 2 chirurgiens et d'autres spécialistes consultants visiteurs;

- Le Centre médical Huntingdon regroupant 3 médecins;
- Deux médecins pratiquant à Saint-Chrysostome;
- Un médecin pratiquant à Saint-Anicet.

Le médecin du cabinet de Sainte-Martine est membre du CMDP de l'hôpital Barrie Memorial. Cependant, la ville de Sainte-Martine fait partie d'une autre MRC.

Parmi les cabinets médicaux, seul le Centre médical Huntingdon offre des soins médicaux sans rendez-vous, en dehors des heures régulières. Tous les cabinets ont une plage horaire qui permet d'inclure des rendez-vous rapides pour les patients. Ces horaires sont aussi utilisés pour ceux ayant besoin d'une consultation urgente. L'urgence de l'hôpital Barrie Memorial fait office de clinique sans rendez-vous en soirée. Les patients sont référés aux médecins traitants, si nécessaire. La garde à l'urgence est coordonnée par le chef du département de médecine de l'hôpital Barrie Memorial.

En ce qui concerne les services du CLSC (les soins palliatifs, les soins courants et les soins à domicile), le Centre médical Huntingdon maintient un médecin de garde, 24/24, 7 jours par semaine, pour répondre aux demandes urgentes des intervenants du CLSC.

Il existe aussi une bonne collaboration entre le CLSC et les autres médecins du territoire. Les médecins du Centre médical Huntingdon couvrent les besoins du CH du comté de Huntingdon tandis que les médecins du Centre médical Ormstown couvrent ceux du Centre d'accueil d'Ormstown.

La continuité des soins à l'intérieur des heures de travail est assurée indépendamment par le Centre médical Huntingdon et le Centre médical Ormstown. À Saint-Chrysostome, les deux médecins se coordonnent pour assurer un service médical continu.

Grâce au projet de capitation les mesures suivantes ont été introduites pour soutenir la pratique médicale :

- Le support à l'organisation d'une gamme de services au niveau local;
- L'embauche d'une infirmière en centre médical et en cabinet privé;
- Les médecins gestionnaires de soins;
- La rémunération des médecins pour les activités de gestion et d'enseignement;
- L'instauration d'un réseau informatique reliant les centres médicaux et les établissements.

Afin d'atteindre les objectifs du projet de capitation, une vingtaine de projets cliniques ont été implantés; il en résulte, entre autres, une consolidation de la gamme de services au niveau local. De plus, ces programmes constituent différents points d'ancrage visant l'intégration du réseau local de services de santé. Ils ont pour effets attendus d'orienter la pratique médicale vers une pratique de réseau, d'améliorer la continuité des soins, de renforcer la relation médecin-patient et, entre autres, d'améliorer la synergie entre les médecins de famille et les établissements de santé du Haut Saint-Laurent.

L'un de ces programmes est l'expérimentation clinico-administrative du travail multidisciplinaire en centre médical. Cette expérimentation s'appuie sur les forces de l'organisation médicale du territoire et fait appel à la notion enrichie du rôle de l'infirmière quant aux besoins de services de santé de base.

Ce programme innovateur, du moins au Québec, a incité la Fédération des médecins omnipraticiens à participer à deux rencontres et s'inscrit en complémentarité avec les autres programmes du projet de capitation puisqu'il constitue un aspect central d'une organisation locale de services intégrés.

Brièvement, la participation de l'infirmière permet aux médecins de se consacrer aux tâches médicales spécifiques; l'infirmière est également responsable de certains suivis et elle assure un lien avec les différents programmes cliniques mis en place dans le projet de capitation. Le tableau suivant décrit les fonctions et les tâches de l'infirmière oeuvrant en centre médical.

La section suivante présente plus explicitement cette expérience.

Tableau 5 : Fonctions et tâches de l'infirmière en centre médical

- Assurer les liens entre le centre médical et les autres établissements publics du territoire.
- Participer au suivi sur l'évolution des problèmes de santé avec les partenaires impliqués dans les différents épisodes cliniques de soins.
- Participer, au besoin, à des discussions de cas avec l'ensemble des professionnels impliqués.
- Informer les partenaires impliqués des suivis à apporter.
- Référer aux différentes ressources ou programmes existants.
- Participer au suivi de certaines problématiques de santé dans la continuité des différents suivis systématiques, ex. : diabète, MPOC, etc.
- Assurer l'enseignement approprié.
- Faire les références et suivis appropriés.
- Participer à la mise à jour des connaissances avec les autres membres des équipes spécialisées, impliqués dans des suivis systématiques.
- Faire l'évaluation et le suivi des patients par rapport aux interventions préventives spécifiques.
- Enseigner aux patients, selon les protocoles établis.
- Faire le suivi des examens diagnostics, informer le médecin des résultats, informer le patient par téléphone au sujet des actions à prendre.
- Recevoir les patients qui se présentent sans rendez-vous et évaluer l'urgence de leur consultation.
- Répondre aux appels téléphoniques des patients, agissant alors comme personne-ressource de premier recours. Le cas échéant, référer à la ressource appropriée (ex. : Info-Santé).

3) Travail multidisciplinaire en centre médical ou en cabinet privé

Le modèle clinique s'est enrichi de l'expérience d'infirmières qui œuvrent en centre médical.

Les patients du centre médical d'Ormstown bénéficient des services de deux infirmières à temps partiel (un équivalent temps complet) depuis mai 2000 et ceux du centre médical de Huntingdon des services d'une infirmière à temps complet depuis juin 2000. Quant aux patients des cabinets situés à Saint-Chrysostome, progressivement depuis novembre 2000, ils bénéficient des services de deux infirmières des services de santé courants du CLSC de Huntingdon qui les offrent au point de services du CLSC pour l'équivalent de trois jours par semaine.

Rattachement administratif

Trois modes de rattachement administratif sont expérimentés.

Pour le centre médical de Huntingdon, une infirmière bachelière a été sélectionnée en partenariat avec les médecins pour y travailler; cette infirmière est prêtée par le CLSC de Huntingdon.

Au centre médical de Ormstown, les médecins ont engagé deux infirmières techniciennes, lesquelles se partagent le temps de travail, à chaque semaine, au centre médical. Ces deux infirmières ont aussi une expérience de travail à l'hôpital Barrie Memorial.

Pour les cabinets de Saint-Chrysostome, deux infirmières du CLSC de Huntingdon assument, à partir du local des services de santé courants du CLSC, les références faites par les médecins des cabinets de Saint-Chrysostome. Les locaux des cabinets de Saint-Chrysostome ne disposent pas suffisamment d'espace pour que les infirmières travaillent à l'intérieur des cabinets privés.

Travail clinique des infirmières

Le contenu et le rythme de travail des infirmières ont évolué avec le temps, avec la connaissance et la confiance installées entre les médecins, les infirmières et les patients.

Au centre médical de Huntingdon, l'infirmière travaille avec trois médecins qui pratiquent la médecine familiale. Au centre médical de Huntingdon, l'infirmière reçoit tous les patients qui se présentent sans rendez-vous et la majeure partie des patients avec rendez-vous. Elle recueille les informations, procède à une première évaluation, vérifie les signes vitaux et inscrit les notes dans le dossier du patient. À la suite de l'intervention médicale, elle exécute les prescriptions du médecin et fait le suivi et l'enseignement approprié sur les habitudes de vie et sur les éléments spécifiques à la maladie du patient. Elle réfère ensuite aux services du CLSC et aux ressources appropriées selon les besoins et selon les décisions médicales.

Au centre médical de Ormstown, il y a neuf médecins, dont sept médecins de famille et deux chirurgiens, en plus des spécialistes à temps partiel qui pratiquent au centre médical à titre de consultants. Les infirmières reçoivent les patients référés par les médecins pour les interventions et les suivis appropriés selon l'état de santé des patients. Depuis quelques semaines, elles rencontrent certains patients avant les médecins. À ce centre médical, aucune période sans rendez-vous n'est prévue afin que les patients puissent être vus systématiquement par l'infirmière. La possibilité d'introduire une telle plage horaire est à l'étude.

Les infirmières des centres médicaux de Huntingdon et de Ormstown assurent certains suivis de traitement, informent les patients sur les résultats des analyses de laboratoire et d'imagerie et donnent les conseils appropriés. Elles conseillent aussi sur les habitudes de vie, mesurent la tension artérielle et administrent les injections et les vaccins. Elles répondent aux appels téléphoniques en provenance des patients.

Les infirmières qui servent les patients des cabinets de Saint-Chrysostome sont formées par un médecin de Saint-Chrysostome sur la façon de faire les prélèvements pour les MTS et elles procèdent aux prélèvements. Elles vérifient les signes vitaux et assurent les suivis pour les analyses de laboratoire, le suivi et l'enseignement reliés aux facteurs de risque pour les maladies cardiovasculaires et exécutent certains actes tel le lavage d'oreille.

Les infirmières jouent un rôle important en assurant la liaison avec les ressources extérieures.

Liens et continuité de services

Les infirmières assurent les liens avec les établissements et les services publics soit les services de santé courants, les différentes cliniques et programmes accessibles pour les clientèles diabétiques, cardiaques ou souffrant de maladie pulmonaire, etc. et les services de soutien à domicile. Elles peuvent faire les suivis systématiques et établir les liens avec les services spécialisés pour préparer la référence, le suivi des traitements et surveiller la prise de médicaments. Elles contactent au besoin le service de télésurveillance. Elles renseignent sur les ressources communautaires (ressources aux patients atteints de cancer, la popote roulante, etc.).

Formation

Quatre des cinq infirmières suivent présentement la formation *examen physique* dispensée par l'université du Québec à Trois-Rivières. Cette formation est aussi suivie par les infirmières de l'urgence de l'hôpital et les infirmières du CLSC notamment celles dispensant des soins à domicile et des services courants ainsi que celles qui sont dans les autres programmes du projet.

En plus de permettre un enrichissement des tâches comme une augmentation des actes délégués (ex. : examen et lavage d'oreille), cette formation est une occasion de rapprocher les infirmières des différents établissements et par conséquent de faciliter une meilleure qualité et continuité des services, ce qui vaut aussi entre les différents épisodes de soins. Cette constatation a d'ailleurs été explicitée par des infirmières qui participent à la formation.

Les infirmières du centre médical de Ormstown, sur une invitation de la coordonnatrice des programmes du CLSC de Huntingdon, iront observer durant quelques jours, les services offerts par le CLSC et à la clinique de MPOC afin d'être renseignées sur ces services et sur la formation donnée aux patients. Cette visite approfondira leur connaissance du contenu de ces ressources auxquelles elles réfèrent les patients.

Mise en commun et suivi des différents modèles de pratique

Six rencontres, à raison d'une par mois, ont eu lieu avec les trois infirmières depuis septembre 2000. Les infirmières de Saint-Chrysostome étaient présentes à la rencontre de février 2001. La coordonnatrice des programmes du CLSC, la directrice des soins infirmiers du CHSLD et la directrice des soins infirmiers de l'hôpital ont participé à plus de la moitié des rencontres. Deux membres de l'équipe support de la régie régionale ont participé à quatre de ces rencontres, soit une agente de recherche et un médecin conseil.

Ces rencontres ont pour but de mettre en commun les façons de faire, d'échanger sur les différentes approches, tâches et difficultés et, fournissent l'occasion de préparer les nouveaux éléments à inclure dans leur travail. Les échanges ont porté aussi sur le développement professionnel de leur travail en clinique. On discute de l'utilisation de protocoles de soins pour le suivi de certaines pathologies chroniques, ce qui sera déterminé en collaboration avec les médecins. Ces rencontres ont également permis d'améliorer l'outil servant à compiler les données cliniques.

Le rôle des infirmières paraît une voie intéressante pour inclure en cabinet médical certaines interventions préventives efficaces.

Appréciation

D'une façon globale, cette tâche s'est développée en suscitant beaucoup d'intérêt chez les infirmières, en raison du contenu clinique riche et valorisant.

Les médecins apprécient le travail des infirmières; ils en sont très satisfaits et désirent le maintenir. Les médecins voient leur tâche allégée, ce qui leur permet de se concentrer principalement sur l'évaluation médicale et sur le traitement des patients. Ils acceptent toujours de desservir de

nouveaux patients si ces derniers résidant dans la MRC. On peut se poser la question, bien que les données soient difficiles à obtenir, s'il existe une relation entre le travail des infirmières en centre médical avec le nombre de nouveaux patients que les médecins acceptent de prendre en charge.

Quant aux patients, ils apprécient le rôle des infirmières en centre médical et en cabinet privé parce qu'elles sont disponibles et qu'elles assurent pour eux les liens avec les ressources extérieures. Pour certains patients, avoir l'accès à l'infirmière diminue le temps d'attente avant d'être reçus en consultation.

On ne saurait trop insister sur la valeur d'un vécu humain et professionnel non-cristallisé par une approche technocratique pour favoriser le changement de mentalité et le développement de tâches professionnelles vers leur enrichissement.

Analyses réalisées

Les données disponibles pour l'analyse en mars 2001 proviennent des centres médicaux de Ormstown et Huntingdon et couvrent les périodes suivantes : 1) pour le centre médical de Huntingdon : du 31 août 2000 au 8 février 2001 (une partie de la période 6, les périodes 7 à 11 et une partie de la période 12) et 2) pour le centre médical de Ormstown : du 10 octobre 2000 au 26 janvier 2001 (les périodes 8 à 11 inclusivement). Les données recueillies portent principalement sur les aspects suivants : nombre de clients, durée de l'intervention, mode d'intervention, lieu d'intervention, langue parlée par les clients, suivi des clients, raisons d'intervention et actes d'intervention. À noter que les infirmières remplissent un formulaire utilisé en CLSC.

Ces données sont les premières recueillies et suggèrent quelques tendances. Elles sont ici présentées dans le but de décrire les activités professionnelles des infirmières et ne peuvent cependant refléter l'effet des pratiques sur la santé des patients. Elles démontrent la nature et l'évolution des tâches, les liens entre les ressources et les raisons de satisfaction des patients, des infirmières et des médecins. Au fur et à mesure de l'évolution du déroulement du travail et des rencontres, la collecte de données s'est davantage uniformisée d'un centre médical à l'autre. Bien qu'une première analyse puisse suggérer des différences dans les pratiques des infirmières des deux centres médicaux, une analyse ultérieure suite à l'effort d'uniformisation, reste à faire avant de confirmer de telles différences.

Quelques données : nombre de patients, durée des visites, etc.

Depuis le 1er septembre dernier, 3 715 clients ont vu l'une des infirmières des centres médicaux de Huntingdon et de Ormstown. 4 133 interventions ont été répertoriées et 6 568 actes ont été posés. Le nombre de patients vus par les infirmières varient pour les deux centres médicaux. Un nombre plus élevé de clients par jour est répertorié tant à Huntingdon qu'à Ormstown : en moyenne, 30 clients sont vus chaque jour à Huntingdon à comparer à 17 à Ormstown.

La durée moyenne de l'intervention est la même aux deux centres soit environ 7 minutes par client. La distribution de fréquence des durées moyennes indique que la très grande majorité des interventions (plus de 93 %) se déroulent sur moins de 10 minutes. Par ailleurs, environ 5 % des visites ont une durée comprise entre 11 et 20 minutes alors qu'environ 1 % des visites ont une durée supérieure à 20 minutes.

Des différences au niveau du mode et du lieu d'intervention sont notées pour les deux centres médicaux. Alors que le lieu d'intervention fait référence au lieu de dispensation des soins de l'infirmière (centre médical, à domicile), le mode d'intervention peut prendre deux aspects : la présence du client au centre médical ou l'intervention faite par téléphone. En ce qui a trait au lieu d'intervention des infirmières, la quasi totalité des visites se déroulent en centre médical; 2 % des interventions ont cependant lieu à domicile pour Ormstown. Au niveau du mode d'intervention, les infirmières de Ormstown reçoivent et/ou font plusieurs appels téléphoniques : en effet, environ 53 % des clients sont rejoints par téléphone à comparer à 7 % à Huntingdon.

L'analyse des données indique une différence dans la langue parlée des clients pour les deux centres. Alors que globalement sur le territoire, 64 % des clients recevant des soins des infirmières sont francophones, cette proportion est de 73,3 % à Huntingdon à comparer à 43,5 % à Ormstown. Par ailleurs, la clientèle de Ormstown est majoritairement anglophone (54,1 %).

Les interventions des infirmières peuvent à l'occasion nécessiter un suivi fait soit par elles ou soit par le médecin traitant. À Ormstown, 14,3 % des clients auraient besoin d'un suivi de l'infirmière comparativement à 27,2 % à Huntingdon alors que 7,9 % des clients ont besoin d'un suivi avec leur médecin à Ormstown à comparer 8,9 % à Huntingdon. Par ailleurs, 2 % des clients des centres médicaux sont référés aux établissements du territoire. Enfin, un pourcentage assez élevé des interventions des clients ne nécessite aucun suivi particulier; le pourcentage pour la onzième période est : 62,9 % à Ormstown et 57,2 % à Huntingdon.

Afin d'alléger le texte, quelques données sur les raisons d'interventions et les actes posés par les infirmières sont présentées à l'annexe 2.

2.3.4.2 Description des secteurs et des programmes cliniques

Cette section permet d'apprécier l'état d'avancement des différents programmes regroupés selon les secteurs cliniques, au 27 janvier 2001. Différentes sources d'information ont été utilisées pour décrire les secteurs et les programmes dont les fiches de programmes, les protocoles d'entente cadre et les informations recueillies auprès des responsables des programmes à l'automne 2000 et à l'hiver 2001.

- **Secteur des services ambulatoires**

Neuf programmes jugés prioritaires par les intervenants du territoire sont retenus dans le cadre du secteur clinique des services ambulatoires. Ces programmes s'inscrivent dans la volonté d'expérimenter un mode d'organisation permettant de remédier à la pénurie de ressources sur le territoire, particulièrement celle des médecins. Par exemple, le programme d'expérimentation clinico-administrative du travail multidisciplinaire en cabinet privé contribue, grâce à l'accessibilité d'une infirmière en centre médical, à développer d'une part, une nouvelle complémentarité entre les services médicaux de base dispensés en cabinet privé et en établissement public de santé du territoire et les programmes mis en place dans le cadre du projet de capitation et, d'autre part, à accroître la disponibilité des médecins afin de rejoindre des clients qui seraient traités à l'extérieur du territoire faute de ressources locales.

Cette expérimentation de travail multidisciplinaire en centre médical est un programme original et innovateur au Québec : des acteurs s'intéressent à cette expérience qui pourrait être exportée sur le territoire de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Les programmes élaborés dans ce secteur clinique s'inscrivent également dans l'orientation actuelle de l'organisation des services mettant l'accent sur la primauté des soins de première ligne, orientation amenant un alignement vers une utilisation des services en faveur de ressources légères et de prévention. Une telle orientation devrait conduire, entre autres, vers une diminution des services de l'achalandage à l'urgence et vers une augmentation du recours aux modalités ambulatoires (ex. : hausse des soins à domicile). Les résultats préliminaires du projet de capitation vont dans ce sens.

L'atteinte de ces résultats nécessite cependant des changements importants pour les intervenants du territoire. Ces résultats préliminaires s'appuient sur des modifications à l'organisation des services de base, à une coordination et une intégration accrues des services ainsi que sur une adaptation des pratiques organisationnelles et professionnelles, y compris les pratiques médicales. De là, les différents programmes du secteur clinique des services ambulatoires misent, entre autres, sur une révision des façons de faire traditionnelles, sur une révision des protocoles de soins, sur l'application

de processus cliniques communs aux intervenants ainsi que sur une plus forte coordination clinique des services grâce, par exemple, au suivi systématique des clientèles.

Reprenons brièvement les différents programmes chapeautés par le secteur clinique des services ambulatoires. Ces programmes visent à orienter les pratiques organisationnelles et professionnelles vers une pratique en réseau, à améliorer la continuité des soins, à renforcer la relation médecin-patient, à valoriser la médecine familiale basée sur le plateau technique du territoire et à augmenter la synergie entre les médecins de famille et les établissements de santé du Haut Saint-Laurent. Afin de soutenir et de favoriser la synergie entre les programmes, le projet de capitation a permis la création d'un système d'information clinique reliant les cabinets de médecins et les établissements de santé.

1. Consolidation des services médicaux de première ligne

Afin de maintenir l'accessibilité des services médicaux de base, de contribuer à accroître le taux de rétention et de planifier la relève des ressources médicales sur le territoire de la MRC du Haut Saint-Laurent, ce programme vise l'ajout de trois médecins omnipraticiens. Au 27 janvier 2001, un médecin a été recruté. La non-atteinte de l'objectif s'explique, en partie du moins, par la pénurie de médecins et par la politique de rémunération de ces professionnels. Les efforts de recrutement se poursuivent. Le programme de l'expérimentation clinico-administrative du travail multidisciplinaire en cabinet privé devrait susciter de l'intérêt chez les professionnels et, faciliter ce recrutement.

2. Expérimentation clinico-administrative du travail multidisciplinaire en cabinet privé

Le programme de l'expérimentation clinico-administrative du travail multidisciplinaire en cabinet privé s'appuie sur les forces de l'organisation médicale du territoire (solide relation médecin-patient, pratique de la médecine familiale en réseau, rôle du médecin à titre d'intervenant clé, collaboration entre les établissements du territoire) et fait appel à la notion enrichie du rôle du personnel infirmier quant aux besoins de services de santé de base. Ce programme innovateur, du moins au Québec, incitant la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec à participer à deux rencontres sur l'organisation médicale, s'inscrit en complémentarité avec les autres programmes du projet de capitation puisqu'il constitue l'aspect central d'une organisation locale de services intégrés.

Trois modèles cliniques ont été implantés sur le territoire; un modèle différent pour chaque centre médical : pour l'un de ces modèles, deux infirmières à temps partiel relèvent du centre médical (début mai 2000), pour un autre modèle, une infirmière à temps plein a fait l'objet d'une entente de services avec le CLSC (début juin 2000) et dans le dernier modèle, deux infirmières à temps partiel sont localisées au point de services du CLSC (début novembre 2000). Ces modèles évoluent à des rythmes différents mais s'alignent vers l'atteinte des objectifs du programme. Depuis l'entrée en fonction des infirmières en centres médicaux, il y a une diminution de l'achalandage à l'urgence de l'hôpital Barrie Memorial.

Par ailleurs, afin de consolider les retombées de ce programme pour la clientèle et particulièrement la synergie attendue avec les autres programmes du projet de capitation, des propositions ont été faites par les responsables de programmes afin de :

- Réviser avec les médecins les protocoles existants dans les établissements, déterminer lesquels parmi ceux-ci peuvent s'appliquer dans les centres médicaux;
- Clarifier les tâches de suivi des patients reçus à l'urgence ou qui ont été hospitalisés, tâches qui pourraient être exécutées en centre médical;
- Consolider les interfaces entre les centres médicaux et les programmes du réseau de soins intégrés;
- Accentuer le suivi systématique des patients qui souffrent d'une maladie chronique.

3. Intégration des soins et des services de la clientèle diabétique

Ce programme est l'un des premiers à avoir dispensé des soins et des services dans le cadre du projet de capitation. Grâce à une équipe conjointe multidisciplinaire (Hôpital-CLSC), il consiste à rendre disponibles en externe des services de suivi systématique, d'enseignement et de traitement à la clientèle ayant un diagnostic de diabète.

L'enseignement, d'une durée de trois jours, est généralement dispensé mensuellement à 16 clients, anglophones et francophones. 360 usagers inscrits dans ce programme depuis mai 1998. L'enseignement est suivi d'une visite à domicile qui permet de vérifier l'intégration des connaissances.

Ce programme impose des changements de pratique, notamment pour les médecins, puisque le suivi systématique des clients se fait principalement à la clinique de diabète. Ce programme, en plus de favoriser un contrôle optimal du diabète, contribue à diminuer les complications aiguës et chroniques et, conséquemment, à éviter et à réduire les hospitalisations.

Certaines suggestions ont été recueillies récemment auprès de la responsable du programme afin de maximiser les retombées de la clinique de diabète dont : consolider les liens entre la clinique de diabète, les établissements et les centres médicaux, réviser le contenu de l'enseignement à la lumière de l'expérience menée à ce jour (spécificités pour la clientèle âgée de 70 ans et plus), intégrer un volet d'activités physiques en complémentarité avec d'autres programmes du projet de capitation (ex. : MPOC) et intégrer la télémédecine pour le monitorage de patients.

4. Intégration des soins et des services pour la clientèle nécessitant des soins de plaies

Ce programme permet aux clients d'obtenir des services de soins de plaies et ainsi contribue à réduire la demande de services à l'urgence et à améliorer la continuité des services avec les soins à domicile. Alors qu'au moment de la planification il était prévu de desservir la clientèle ambulatoire (les personnes pouvant se déplacer et recevoir des services en externe), d'autres clientèles reçoivent actuellement des soins (plaies chroniques, plaies chirurgicales compliquées, plaies de brûlés). La première année d'opération, le programme a atteint l'objectif visé quant au nombre de visites prévues (904).

Cependant, à cause de la pénurie de soins infirmiers dans ce programme (disponibilité de deux jours par semaine malgré une prévision de trois jours), il est possible que cet objectif ne soit pas atteint cette année. Cette situation se traduit également par une (légère) augmentation de la liste d'attente et par un certain retard à la rédaction des protocoles.

Afin d'améliorer ce programme, particulièrement par la consolidation de l'expertise en soins infirmiers quant à la prise en charge de ces clientèles, il a été suggéré d'augmenter les heures de soins infirmiers à trois jours par semaine, de poursuivre la rédaction des protocoles, de compléter la formation d'une infirmière additionnelle et d'étudier la pertinence de subventionner certains substituts cutanés, par exemple ceux dont le rapport coût-efficacité est avantageux.

5. Accessibilité locale aux services d'ophtalmologie

Ce programme consiste à rendre disponibles des services spécialisés d'ophtalmologie pour la clientèle qui autrement doit se déplacer vers d'autres centres hospitaliers. Suite à l'achat d'équipement et l'aménagement des locaux à l'été 2000, la clinique a ouvert ses portes le 2 novembre dernier. Deux ophtalmologues ont été recrutés pour œuvrer à la clinique et, d'ici peu, un troisième médecin pourrait se joindre à l'équipe.

La clinique est accessible à raison d'une journée par semaine dès que le nombre le justifiera, la disponibilité passera à deux jours par semaine. Environ 40 clients peuvent recevoir des services lors de la tenue d'une clinique. Il existe une importante collaboration entre la clinique de diabète et celle

de l'ophtalmologie. En effet, les clients du programme de diabète sont vus à la clinique d'ophtalmologie. L'objectif premier du programme qui est de permettre aux patients d'avoir accès à des services d'ophtalmologie sur le territoire dans les meilleurs délais est atteint. Enfin, le volet chirurgie devrait débuter à court terme.

6. Suivi systématique de la clientèle ayant des troubles chroniques respiratoires

Ce programme propose de développer une intervention de suivi systématique, par le biais de protocole conjoint Hôpital-CLSC-CHSLD-Centre médical, pour la clientèle ayant des troubles respiratoires chroniques (asthme, maladie pulmonaire chronique, bronchite chronique), peu importe le milieu des services. Il s'agit donc d'offrir à cette clientèle une plus grande accessibilité et continuité des services dans un contexte d'alternative à l'hospitalisation et d'avoir recours au service de l'urgence du centre hospitalier, le tout de façon complémentaire aux services et interventions des différents partenaires.

Ce programme consiste en une approche interdisciplinaire impliquant des services de soins infirmiers d'inhalothérapie prodigués en milieu hospitalier (enseignement, évaluation du client par l'infirmière) et à domicile (poursuite et renforcement des enseignements, suivi de l'oxygénothérapie par l'inhalothérapeute et l'infirmière, évaluation des besoins, surveillance clinique).

Ce programme s'appuie sur des changements de pratiques entre les établissements et les centres médicaux du territoire, les relations entre le réseau public et les centres médicaux devant évoluer vers une prise en charge partagée de la clientèle. Le CLSC agit cependant comme pilote du programme puisque compte tenu de la nature du projet, l'ensemble des interventions offertes à domicile sont prodiguées par le personnel du CLSC.

En plus d'assurer un suivi systématique de la clientèle, ce programme vise d'autres objectifs dont celui d'assurer un programme d'enseignement favorisant l'autonomie du bénéficiaire, celui de diminuer le nombre de visites à l'urgence et enfin celui de réduire la durée et la fréquence des hospitalisations. Le programme a débuté ses activités en avril 2000 et la planification prévoyait desservir 214 clients d'ici le 31 mars 2001. Au 27 janvier 2001, 78 clients font partie du programme. L'écart entre le nombre de clients planifié et le nombre de clients réel s'expliquerait, entre autres, par un problème de recrutement et de disponibilité de l'inhalothérapeute (3 jours/sem. sur 5 prévus) et par une surestimation possible du nombre de clients prévus.

Des suggestions ont été recueillies auprès de la responsable de ce programme afin d'en maximiser les retombées en formant une équipe multiétablissements pour discuter de cas et en favorisant l'évolution de ce programme pour la clientèle ayant des problèmes cardio-respiratoires.

7. Développement du potentiel des services à domicile

Ce projet consiste à bonifier l'offre de services à domicile par le CLSC de Huntingdon. Des soins et services sont prodigués selon ce programme depuis janvier 2000, lequel compte deux volets « rehaussement des services » et « intensification des services ». Le rehaussement des services vise particulièrement les usagers recevant des services de programmes mis en place dans le cadre du réseau de soins intégrés (diabète, traitement de plaies, MPOC). Ces projets ont une incidence sur la demande de services de soutien à domicile.

L'intensification des services à domicile consiste à donner une allocation directe à des personnes en grande perte d'autonomie, en convalescence ou en situation de crise pour leur permettre de demeurer chez elles malgré l'ampleur des besoins.

Le succès du programme de développement du potentiel des services à domicile, du moins celui exprimé en termes de clients additionnels, dépend de l'atteinte des objectifs visés soit : assurer une communication soutenue de l'offre de services du CLSC quant au maintien à domicile, améliorer les

mécanismes de liaison, les délais de prise en charge et les informations sur les capacités du CLSC, accroître la clientèle posthospitalisée recevant des services à domicile et améliorer les délais de prise en charge.

Pour le volet «rehaussement de services », 979 clients ont reçu des services entre le 1er avril 2000 et le 27 janvier 2001 à comparer à 820 clients pour la même période de l'année précédente. Par ailleurs, 22 clients ont reçu des services dans le cadre du volet « intensification des services ».

Afin de consolider les retombées du programme, la poursuite des actions de liaison et d'information avec le CLSC est importante dont l'utilisation des fonctions de liaison du personnel infirmier du projet d'expérimentation clinico-administrative du travail multidisciplinaire en cabinet privé et de l'agente de liaison du centre hospitalier. La responsable du programme suggère également la mise en place d'équipes multiétablissements pour discuter de cas.

8. Programme de l'organisation des services dans la MRC durant la période estivale

Avec la fermeture de 10 lits de courte durée en gériatrie et réadaptation de l'hôpital Barrie Memorial durant 10 semaines, les intervenants ont saisi l'occasion d'organiser la prise en charge de clients par des ressources moins coûteuses que l'hospitalisation.

Ce programme consiste à offrir des services à domicile supplémentaires aux personnes lourdement affectées qui verront leur congé anticipé de l'hôpital. Cette clientèle additionnelle pour le CLSC avait été estimée à 100-150 clients alors qu'elle a été de 55, compte tenu de la bonne collaboration entre les établissements.

➢ Secteur adultes et personnes âgées en perte d'autonomie

La population de la MRC du Haut Saint-Laurent croît moins rapidement que celle de la Montérégie : selon des prévisions s'étalant de 1991 à 2001, l'augmentation dans la MRC est de 2,9 % à comparer à 13,6 % pour la Montérégie. Par ailleurs, la population de la MRC est vieillissante : pour la même période, on chiffre à 37,4 % la hausse de la proportion des personnes âgées de 75 ans et plus.

Dans un respect des orientations provinciale et canadienne, le but recherché dans ce secteur vise le maintien de l'intégration sociale des adultes et des personnes âgées en perte d'autonomie. Alors que le nombre de lits de longue durée (2,5 heures et plus de soins par jour) soit relativement suffisant sur le territoire, les besoins en maintien à domicile sont à la hausse ainsi que les services alternatifs.

Dans un contexte de réseau intégré de services et afin de répondre à des besoins identifiés sur le territoire, quatre programmes ont été retenus soit : l'intégration des services de soins palliatifs, l'accessibilité locale aux services d'orthophonie, le répit de jour « La Relève » et l'intégration des services de télésurveillance. Les résultats préliminaires obtenus vont dans le sens des objectifs fixés.

Par ailleurs, l'introduction d'un nouveau mode de gestion de cas pour les personnes âgées en perte d'autonomie importante est reportée à la phase suivante.

1. Intégration des services de soins palliatifs

Ce programme consiste à intégrer le service de maintien à domicile, les lits de soins palliatifs et le soutien aux endeuillés. Le réseau intégré de soins de la MRC du Haut Saint-Laurent permet au client, selon sa volonté, de mourir à domicile. L'implantation de ce programme a nécessité l'intégration et la coordination de l'ensemble des partenaires du territoire grâce, entre autres, à l'adoption (au printemps 2000) et à l'utilisation de protocoles communs médicaux-nursing. L'une des particularités du programme consiste à harmoniser la philosophie, les façons de faire, les valeurs et les croyances en soins palliatifs des différents intervenants. Pour les médecins, il occasionne également une prise en charge différente des clients : à domicile et non en milieu institutionnel.

Les changements qu'apporte ce programme se répercutent dans l'atteinte des objectifs fixés, certains objectifs étant plus facilement atteignables que d'autres. Ainsi, alors que l'objectif de favoriser un meilleur accès aux services de soins palliatifs à domicile, par l'augmentation des heures de services de maintien à domicile durant les derniers jours de vie est atteint (6 clients ont reçu ce service sur le territoire depuis février 2000), celui de reconnaître un nombre de lits en soins palliatifs est à réviser. Ainsi au départ, il était prévu de réserver et de budgétiser quatre (4) lits au CHSLD de Huntingdon, l'offre de lits pourrait être révisée à un nombre inférieur. Les efforts d'intégration et de coordination se poursuivent et visent entre autres, le rapatriement des clients suivis à l'extérieur du territoire.

2. Accessibilité locale aux services d'orthophonie

Ce programme poursuit plusieurs objectifs dont le rapatriement de la clientèle sur le territoire, l'augmentation de l'accessibilité et de la disponibilité du service d'orthophonie en français et en anglais tant au CLSC, qu'à l'hôpital Barrie Memorial et qu'au CH du comté de Huntingdon. Plusieurs clientèles sont également visées dont les 0 à 5 ans, présentant des problèmes d'élocution, en plus des clientèles adultes en perte d'autonomie admises ou inscrites dans un des programmes des trois établissements. L'orthophoniste embauchée en mai 2000 a investi ses efforts à l'élaboration et à la dispensation des activités et de la programmation pour les différentes clientèles.

Cependant au 27 janvier 2001, l'atteinte des différents objectifs est compromise avec le départ de l'orthophoniste (en septembre 2000). La difficulté de recruter un orthophoniste s'explique principalement par la pénurie de professionnels et par l'incertitude quant à la pérennité de l'expérimentation. Le responsable du programme a récemment suggéré que pour la phase ultérieure du projet soit présenté un programme d'intégration des services de réadaptation incluant l'orthophonie.

3. Service de répit de jour « La Relève »

La Relève est une nouvelle ressource de répit pour les aidants naturels supportant un proche avec des problèmes de santé d'ordre cognitif de type alzheimer. Localisée dans une résidence privée, la ressource offre un milieu de vie qui se rapproche des habitudes des personnes tant au niveau de l'environnement que des activités. Depuis le 25 septembre dernier, ce programme contribue à retarder l'institutionnalisation des personnes âgées vivant à domicile, à maintenir l'intégration de ces personnes ainsi qu'à supporter les aidants naturels qui gardent à domicile un parent ou un ami âgé. Au 27 janvier 2001, neuf clients ont bénéficié des services de ce programme. Afin d'en consolider les retombées, le responsable a principalement suggéré de revoir l'organisation du transport adapté pour augmenter l'accessibilité au service.

4. Intégration des services de télésurveillance

Les services de télésurveillance (programme Lifeline) contribuent à prolonger le maintien à domicile, à retarder l'hébergement, à diminuer les visites aux services d'urgence ainsi que les hospitalisations. Au 27 janvier 2001, 153 clients adultes en perte d'autonomie physique, sur les 200 visés, étaient desservis par ce service (dont 109 résidants du territoire). L'atteinte du nombre de clients attendus pourrait cependant être inaccessible à cause de la composante privée du financement à ce service (frais d'inscription et frais mensuel de télésurveillance). Par ailleurs, l'un des volets du programme consiste à répertorier les différents services de surveillance sur le territoire concernant le maintien à domicile, voir comment ces services se complètent et proposer un projet d'intégration visant leur coordination. La réalisation de ce projet de coordination reste à venir et constitue l'une des suggestions avancées par la responsable du programme.

➢ **Secteur santé mentale**

La population de la MRC du Haut Saint-Laurent reçoit pour le programme de santé mentale une allocation représentant 38 % du financement de la moyenne de la province de Québec (38 $ par personne à comparer à 105 $). Il n'est donc pas surprenant que les intervenants rapportent un manque de financement pour la création et le développement de nouveaux services. Ainsi, les services de deuxième ligne sont dispensés à l'extérieur de la MRC du Haut Saint-Laurent, dans la ville de Valleyfield située dans la MRC de Salaberry, où sont concentrés plusieurs services soit une clinique externe pour les adultes et un centre de jour.

Les services disponibles dans la MRC sont : un programme de santé mentale offert par le CLSC de Huntingdon, un service d'aide et d'entraide entre pairs dispensé par un organisme communautaire (Ancres et Ailes du Haut Saint-Laurent), l'accès aux médecins en cabinet privé ainsi que, en cas de besoin, l'hôpital Barrie Memorial bien que cet hôpital n'ait pas d'unité de psychiatrie.

Dans un contexte de faible mobilité de clients, faute parfois d'insuffisance d'argent pour payer un transport, les membres du comité de santé mentale accordent priorité à la création de trois programmes contribuant à maintenir dans leur milieu naturel les personnes ayant des troubles de santé mentale soit : la consolidation de l'équipe multidisciplinaire en CLSC, la création d'un support d'hébergement et la mise en place d'un programme de suivi intensif et de réadaptation dans la communauté. Le choix de ces programmes de première ligne s'inscrit également dans la volonté de combler des besoins de base et d'enrichir la gamme de services dispensés en français et en anglais pour cette clientèle.

Par ailleurs, les résultats préliminaires dans ce secteur clinique vont dans le sens souhaité au moment de la planification des services : une certaine consolidation de l'équipe multidisciplinaire en santé mentale au CLSC de Huntingdon et les deux autres programmes sont en bonne voie d'implantation.

1. Consolidation de l'équipe multidisciplinaire

Un programme de santé mentale, offert par le CLSC de Huntingdon, dispense des services de psychothérapie à une clientèle de 6 ans et plus. Cependant l'équipe multidisciplinaire, composée entre autres d'un psychiatre, d'un omnipraticien, d'un psychologue, d'agents de relations humaines, d'une infirmière et d'un ergothérapeute, peut être déstabilisée par le départ de professionnels, notamment du médecin psychiatre comme ce fut le cas en mars 1999, suite à la démission du psychiatre de l'équipe. La pénurie de psychiatres au Québec explique en partie les difficultés de recrutement et de rétention des psychiatres.

Afin de bonifier les services d'évaluation, de traitement psychothérapeutique et pharmacologique et de suivi, le programme de consolidation de l'équipe multidisciplinaire a permis l'embauche d'un psychiatre (à raison d'une ou de deux journées par mois) lequel agit comme consultant et agent formateur auprès de l'équipe.

Au 27 janvier 2001, les résultats attendus contribuent à éviter des hospitalisations et à traiter les bénéficiaires présentant des problématiques complexes dont : 114 nouveaux clients (sur les 134 prévus pour le 31 mars 2001) sont traités ou orientés et environ 20 cas sont discutés chaque mois par l'équipe multidisciplinaire.

Les suggestions recueillies récemment auprès de la responsable de ce programme pourraient permettre un alignement accru vers les résultats attendus soit : une augmentation des heures consacrées par le psychiatre à l'intérieur du programme et une ouverture vers les Centres jeunesse, Santé mentale jeunesse du Suroît et les Services de réadaptation du Sud-Ouest (SRSO).

2. Création d'un support d'hébergement pour la clientèle ayant des problèmes en santé mentale résidant dans la MRC du Haut Saint-Laurent

Avant l'implantation du projet de capitation, il n'y avait aucune ressource de type familial pour les adultes de 18 à 65 ans dans le territoire de la MRC du Haut Saint-Laurent. Ce programme qui se caractérise par un partenariat avec le secteur privé (ressources de type familial), vise l'atteinte des objectifs suivants : maintenir la clientèle dans leur milieu social et prévenir l'hospitalisation, assurer une continuité dans le traitement des personnes ayant un problème de santé mentale et offrir des activités à la clientèle hébergée afin qu'elle puisse se prendre en charge et faciliter l'intégration sociale. L'opérationnalisation du programme comprend la dispensation de la formation aux personnes responsables des résidences familiales pour se familiariser avec la clientèle ainsi que la création de mécanismes de gestion des places.

Au 27 janvier 2001, une des trois places planifiées était disponible pour l'hébergement et quatre clients ont bénéficié de cette ressource durant environ 15 jours. Les efforts se poursuivent pour augmenter le nombre de places comme par exemple : une demande de financement déposée récemment à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie pour l'ajout de deux lits dits transitoires.

3. Mise en place d'un programme de suivi intensif dans la communauté et de réadaptation pour les résidants de la MRC du Haut Saint-Laurent ayant des problèmes de santé mentale

Depuis mai 2000, 25 clients francophones ou anglophones, ayant des problèmes sévères et persistants en santé mentale et vivant dans la communauté, sont inscrits dans ce programme de suivi intensif. Ce programme contribue, grâce au suivi d'une équipe de professionnels, à faciliter l'intégration et le maintien dans le milieu de vie social des clients ainsi que, si possible, dans le milieu du travail. La mise en place du suivi intensif nécessite la collaboration et la coordination de plusieurs partenaires tant du réseau public (CLSC de Huntingdon, hôpital Barrie Memorial), du secteur communautaire (Ancres et Ailes du Haut Saint-Laurent) que les médecins oeuvrant en clinique.

Le programme impose des changements de pratique avec l'amalgame des milieux, des cultures et des façons de faire; il reste, entre autres, des efforts à faire pour harmoniser la réadaptation en milieu communautaire et la pratique clinique.

Le recrutement des clients et l'organisation du transport ont constitué deux éléments problématiques en début d'implantation du programme. En effet, plusieurs clients ont été approchés par un membre de l'équipe pour les amener à bénéficier du programme. Les efforts de l'équipe devraient cependant permettre d'atteindre, au 31 mars 2001, le nombre de clients planifié soit 30. Afin de maximiser les retombées du programme et d'atteindre les objectifs fixés, des suggestions ont été formulées récemment par la responsable du programme soit : poursuivre le développement de liens de collaboration particulièrement avec le Centre hospitalier régional du Suroît où plusieurs clients reçoivent des soins spécialisés dont l'hospitalisation, poursuivre l'harmonisation de la réadaptation et de la clinique et réviser l'organisation et le financement du transport.

➢ Secteur cardiovasculaire

Les maladies cardiovasculaires sont reconnues comme une cause importante de mortalité et de morbidité. La situation antérieure à la mise en place du projet de capitation quant à la disponibilité des services pour les clients du territoire de la MRC laisse entrevoir une pénurie de services. Au niveau de la promotion et de la prévention, un programme de promotion de la santé cardiovasculaire

est alors en place dans les écoles. Des ateliers de cessation du tabac sont également en voie d'implantation; toutefois, ceux-ci ne sont offerts qu'en français.

Aucun autre service préventif pour cette clientèle n'est prévu sur le territoire. En ce qui a trait aux services de première ligne, des services médicaux sont disponibles en centre médical et à l'hôpital Barrie Memorial (hospitalisation). Le CLSC de Huntingdon offre un service de mesure de la tension artérielle. Par ailleurs, mise à part la clinique spécialisée en cardiologie de l'hôpital qui offre des services aux clients hospitalisés depuis 1998, les services hospitaliers spécialisés étaient et sont toujours disponibles à l'extérieur du territoire de la MRC du Haut Saint-Laurent.

Dans le cadre du projet de capitation, les intervenants ont accordé la priorité à la réorganisation du secteur de la réadaptation cardiovasculaire et ont opté pour quatre programmes.

Ces derniers visent l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire (programmes de réadaptation cardiaque : volets enseignement et exercices physiques), l'accessibilité aux ateliers de cessation du tabac pour la clientèle anglophone et l'amélioration de la qualité du diagnostic de l'hypertension artérielle.

1. Réadaptation cardiaque : volet enseignement

Ce programme fait le pari qu'en rehaussant le niveau de connaissances du client et de ses proches, la qualité de vie de la clientèle augmentera ce qui contribuera, entre autres, à éviter des hospitalisations et à diminuer le recours à l'urgence. Le volet enseignement du programme de réadaptation cardiaque est offert depuis avril 1999, en supplément à celui de la clinique de cardiologie, laquelle a ouvert ses portes quelques mois avant le projet de capitation. Ainsi, tout patient admis à l'hôpital Barrie Memorial dans le cadre d'un épisode cardiaque est rencontré durant son séjour afin de commencer l'enseignement en réadaptation cardiaque.

Ces patients sont invités à une clinique d'enseignement où ils bénéficient d'une rencontre individuelle avec une infirmière et une nutritionniste à des fins de collecte de données. Suite à cela, les clients et leurs proches sont invités à participer à une séance d'enseignement de deux demi-journées où ils sont renseignés sur la maladie, la prévention et la thérapie. Par ailleurs, tous les patients ont un suivi téléphonique et ce, jusqu'à trois ans après leur hospitalisation.

Au 27 janvier 2001, 44 patients ont reçu l'enseignement alors que le nombre de 40 avait été planifié. Malgré l'atteinte de l'objectif quant au nombre de clients, les efforts se poursuivent en ce sens. La responsable du programme a suggéré de consolider les interfaces entre les centres médicaux, le CLSC et l'hôpital et de faire la promotion du programme à l'extérieur du territoire de la MRC du Haut Saint-Laurent où des patients anglophones n'ont pas accès à un tel programme dans leur langue maternelle.

Par ailleurs, et puisque le programme ne rejoint que les patients hospitalisés, une réflexion pourrait être faite pour « ouvrir » sur la prévention/promotion ainsi que pour envisager un regroupement de ce programme avec d'autres programmes.

2. Réadaptation cardiaque : volet exercices physiques

Ce programme s'adresse aux personnes atteintes de maladies coronariennes et prévoit, en plus d'une évaluation des habitudes de vie, la référence aux services préventifs et le suivi systématique en ce qui concerne les habitudes de vie, une prescription et l'accès à un programme d'exercices physiques durant 12 semaines. Ce programme poursuit un triple objectif soit : augmenter la capacité physique des personnes, promouvoir l'habitude de l'exercice et leur offrir un soutien psychosocial.

Au 27 janvier 2001, le volet exercices physiques du programme de réadaptation cardiaque est en voie de planification ; une équipe multidisciplinaire pourrait être formée sous peu suite au recrutement d'un kinésiologue.

Il a été suggéré d'intégrer un volet d'exercices physiques à d'autres programmes (diabète, MPOC) afin entre autres, d'augmenter la synergie entre les programmes et le nombre de clients potentiels.

3. Protocole de mesure et suivi de la tension artérielle

Ce programme vise à élaborer et à implanter des protocoles communs à l'ensemble des intervenants du territoire, quant à la mesure de la tension artérielle et au suivi des personnes ayant un niveau de tension artérielle plus élevé que la moyenne ainsi qu'un système de communication entre les intervenants impliqués. Ces éléments de gestion de cas démontreraient souvent des carences selon les écrits scientifiques et les corriger contribueraient à atteindre les effets attendus du programme soit : réduire le nombre de faux diagnostics posés, améliorer le contrôle de la tension artérielle et, à plus long terme, réduire le nombre d'hospitalisations pour les maladies liées à l'hypertension artérielle. En ce qui a trait à l'implantation de ce programme, un protocole a été adopté, celui du suivi de référence de l'hypertension artérielle. Il a nécessité la collaboration du CMDP de l'hôpital Barrie Memorial et du CLSC. La formation aux intervenants du territoire est à venir.

4. Atelier de cessation du tabac pour la clientèle anglophone

Tel que spécifié en introduction, ce programme se déroule parallèlement avec celui offert pour la clientèle francophone par la Direction de la santé publique de la régie régionale de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie. L'atelier de cessation du tabac est complémentaire aux autres programmes de réadaptation cardiaque. En effet, le tabagisme est un facteur de risque évitable pour plusieurs morbidités, dont celles des maladies coronariennes. On estime également qu'un décès sur six et qu'environ 8 % des hospitalisations seraient reliés à la consommation du tabac. Cependant, un an après avoir cessé de fumer, le risque de mortalité due aux maladies coronariennes chute de 50 %. De là l'importance de soutenir les personnes dans leur processus de cessation au tabagisme : c'est l'objectif principal de ce programme d'augmenter le soutien aux clients anglophones qui désirent cesser de fumer.

Suite à la formation de l'intervenante, à la programmation et au recrutement de clients, un premier atelier s'est déroulé d'octobre à décembre 2000. La tenue de deux ateliers par année est prévue. La poursuite des efforts pour le recrutement de clients a été soulevée par la responsable de ce programme; en effet, quatre clients ont suivi le premier atelier alors que le nombre visé était de 15.

2.3.5 Composante informationnelle

Les besoins informationnels sont de deux ordres :

- Implantation des systèmes d'information clinique qui faciliteront le travail professionnel, interprofessionnel et en réseau;
- Création d'un entrepôt de données sur la population qui utilise les services du système de santé pour créer de nouvelles informations sur les épisodes de soins et de maladies, sur la continuité, la complémentarité et les coûts des services (voir annexe 7).

Système d'information clinique

Une étude sur les « exigences et spécifications des systèmes d'information » pour la MRC du Haut Saint-Laurent a été réalisée (Franco, 2000). Dans un premier temps, cette étude fait une description générale du produit logiciel dans la perspective du produit à développer, ses caractéristiques, ses impacts sur l'organisation et ses coûts associés. Dans un deuxième temps, l'étude définit les exigences spécifiques du système à implanter. Enfin, l'étude inclut une analyse de systèmes déjà existants sur le marché et fait des recommandations en fonction des exigences spécifiques au système souhaité.

Le diagramme 3 illustre le système clinique visé. Le principal objectif de ce système d'information devant appuyer l'organisation locale de services intégrés est de permettre la mise en place d'un dossier virtuel facilitant le partage des informations entre les intervenants. Un tel système favorise le suivi et une continuité accrue de services entre les professionnels, les intervenants et les établissements.

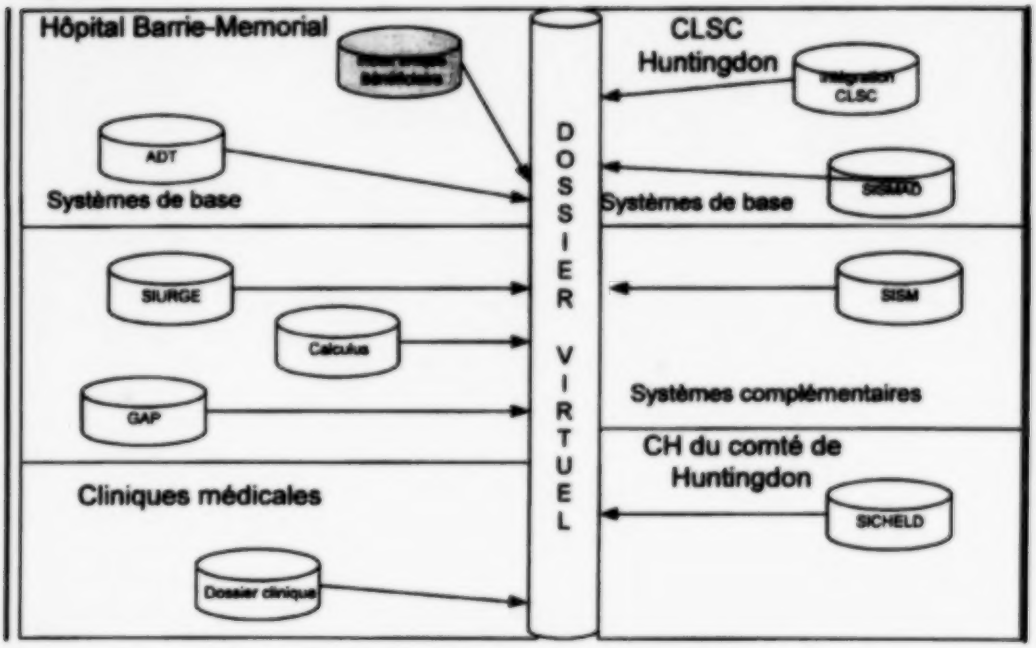
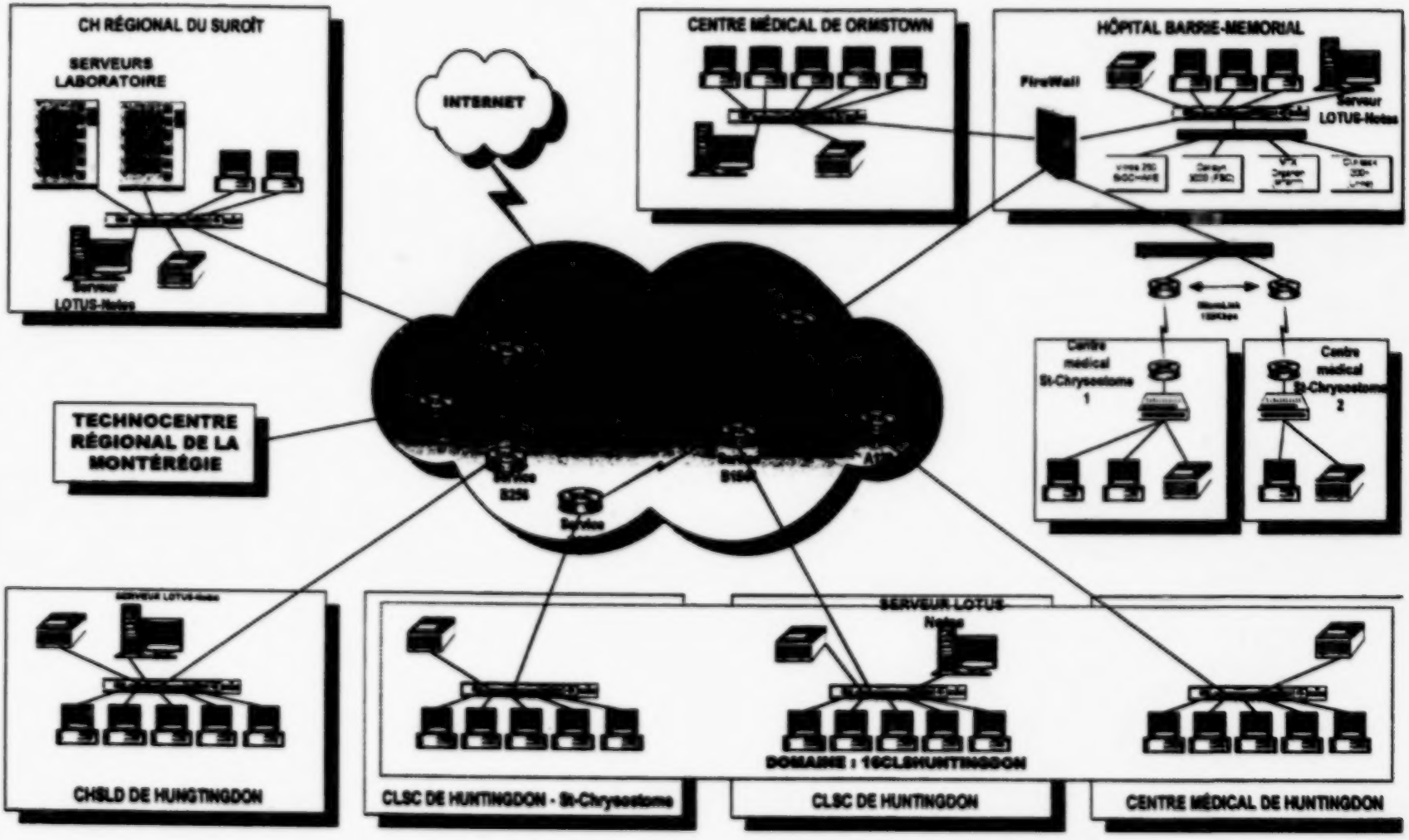


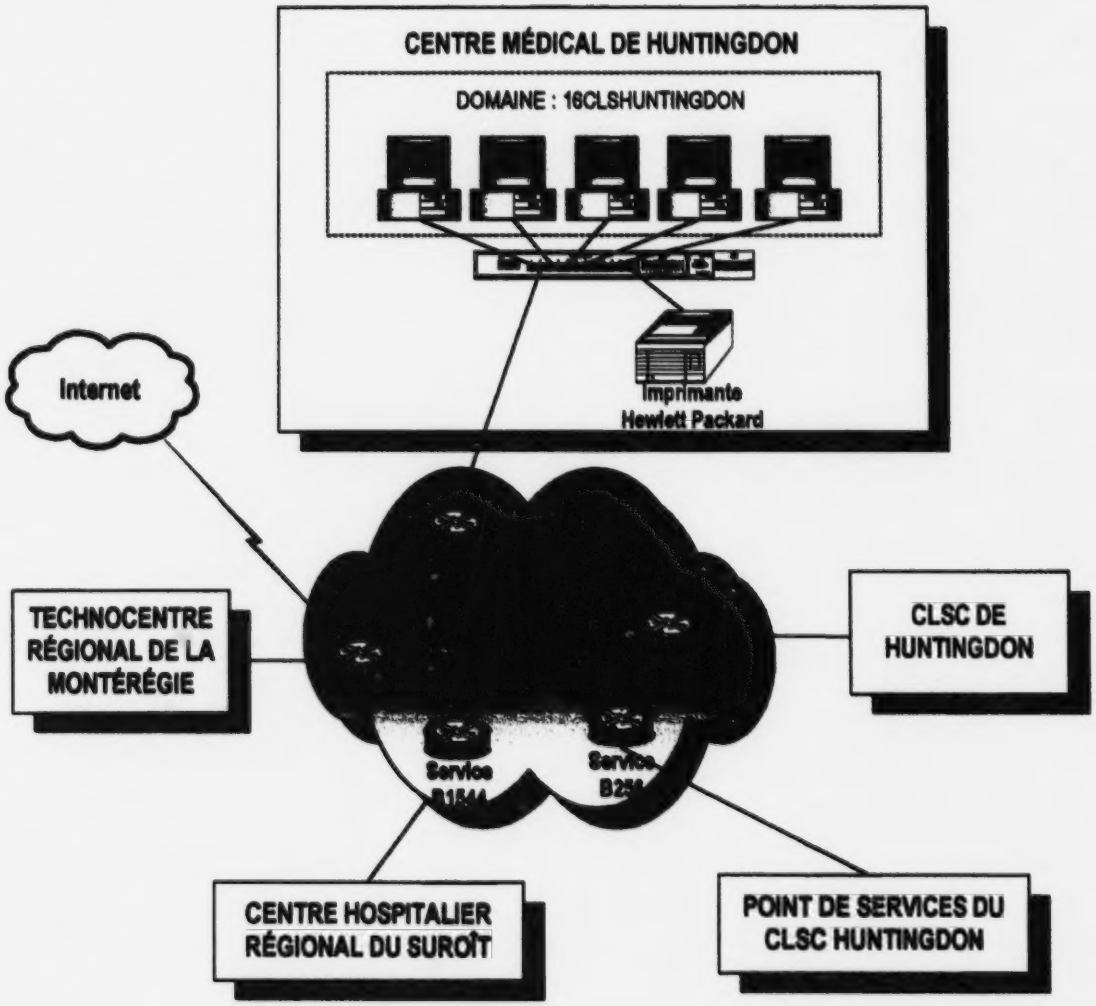
Diagramme 3 : Système d'information clinique visé

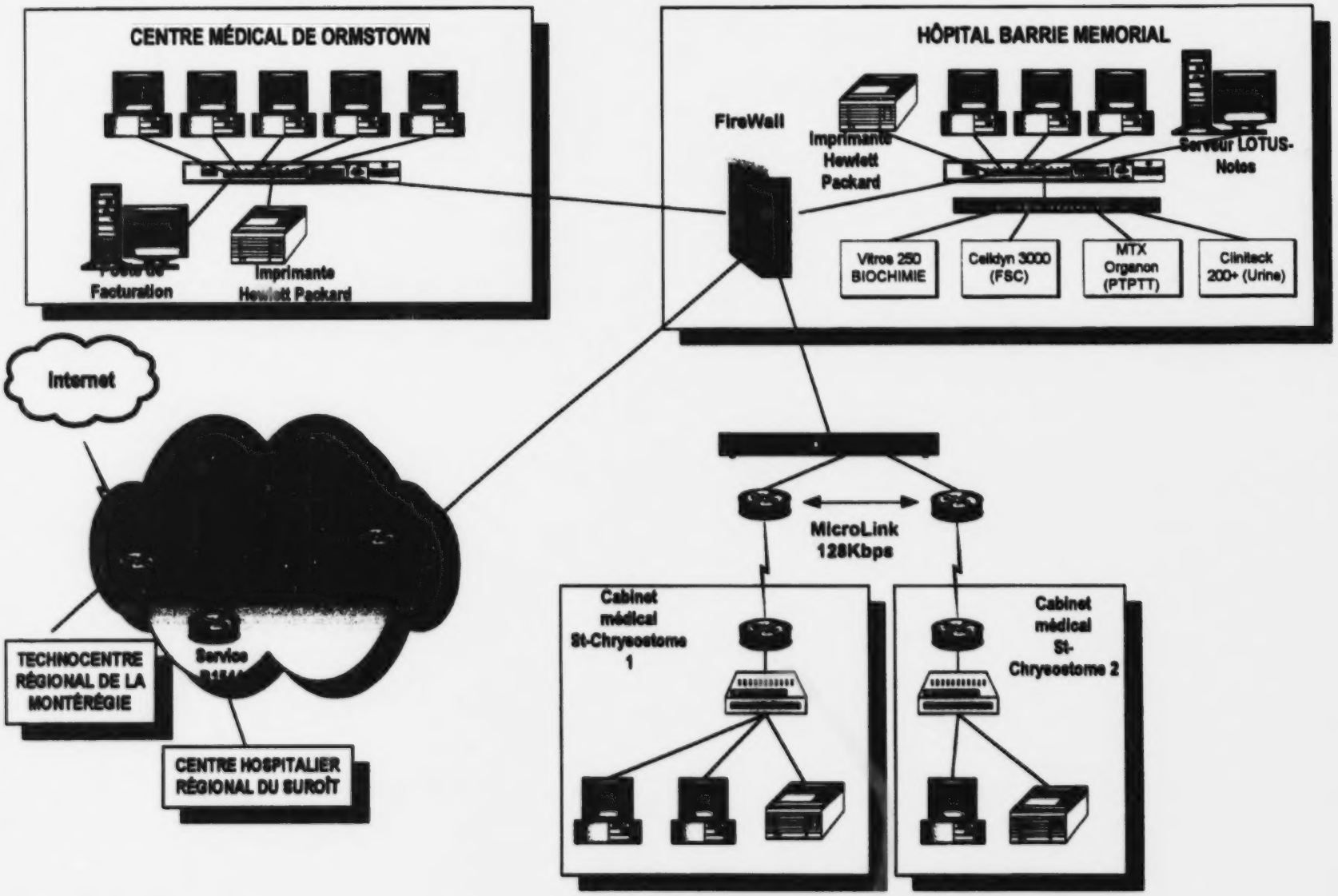
Les systèmes d'information (informatisés ou non) sont aussi recensés dans cette étude ainsi que les formulaires utilisés à l'hôpital Barrie Memorial, au CLSC, au CHSLD et dans les centres médicaux. Le nombre de formulaires et la répétition des informations dans ces systèmes sont impressionnants.

Sommairement, l'étude recommande de s'appuyer sur le RTSS et sur LOTUS NOTES comme infrastructure d'échanges et d'utiliser le courrier électronique pour toute communication et échange. Ces recommandations vont dans le sens de celles émises par la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Les priorités sont les échanges de données opérationnelles, l'automatisation des feuilles sommaires et le développement des interfaces avec les autres systèmes clientèles.

En utilisant l'infrastructure du RTSS et LOTUS NOTES, le projet de capitation a permis l'instauration d'un réseau informatique reliant les deux centres médicaux, les deux cabinets, le


CH RÉGIONAL DU SUROÎT
SERVEURS LABORATOIRE
Serveur LOTUS-Notes
INTERNET
CENTRE MÉDICAL DE ORMSTOWN
HÔPITAL BARRIE-MEMORIAL
FireWall
Serveur LOTUS-Notes
Centre médical St-Chrysostome 1
Centre médical St-Chrysostome 2
TECHNOCENTRE RÉGIONAL DE LA MONTÉRÉGIE
CHSLD DE HUNGTINGDON
SERVEUR LOTUS Notes
DOMAINE : 16CLSHUNTINGDON
CLSC DE HUNTINGDON - St-Chrysostome
CLSC DE HUNTINGDON
CENTRE MÉDICAL DE HUNTINGDON


CENTRE MÉDICAL DE HUNTINGDON
DOMAINE : 16CLSHUNTINGDON
Imprimante
Hewlett Packard
Internet
TECHNOCENTRE
RÉGIONAL DE LA
MONTÉRÉGIE
CLSC DE
HUNTINGDON
CENTRE HOSPITALIER
RÉGIONAL DU SUROÎT
POINT DE SERVICES DU
CLSC HUNTINGDON


CENTRE MÉDICAL DE ORMSTOWN
Poste de Facturation
Imprimante Hewlett Packard
HÔPITAL BARRIE MEMORIAL
FireWall
Imprimante Hewlett Packard
Serveur LOTUS-Notes
Vitros 250 BIOCHIMIE
Celldyn 3000 (FSC)
MTX Organon (PTPTT)
Clinitack 200+ (Urine)
Internet
TECHNOCENTRE RÉGIONAL DE LA MONTÉRÉGIE
Service
CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DU SUROÎT
MicroLink 128Kbps
Cabinet médical St-Chryeostome 1
Cabinet médical St-Chryeostome 2

CLSC, le CHSLD et l'hôpital. Ce réseau, en fonction depuis janvier 2001, présenté au diagramme suivant démontre l'architecture permettant aux partenaires de la MRC d'accéder au courrier électronique, LOTUS NOTES, à CALCULUS, le système de laboratoire et à SIURGE, le système d'information des urgences.

Tous les équipements et logiciels requis par cette infrastructure, tels les ordinateurs, les serveurs, les imprimantes, les émulateurs et le FireWall non-acquis par les établissements ou par les centres médicaux, ont été achetés par le projet Capitation.

En ce qui a trait à la diffusion de l'information clinique, un prototype a été développé et est en voie de déploiement. Ce prototype résidera dans les serveurs Notes situés à l'hôpital Barrie Memorial, au CLSC Huntingdon et au CHSLD de Huntingdon. L'accessibilité à ces serveurs impliquera aussi l'accès à toutes les fonctions de Lotus Notes, tel le courrier électronique.

Le serveur Notes localisé à l'hôpital Barrie Memorial dessert cet établissement, le centre médical de Ormstown et les cabinets privés de Saint-Chrysostome. Celui situé au CLSC Huntingdon dessert le CLSC, sont point de services à Saint-Chrysostome et le centre médical de Huntingdon. Le serveur Notes du CHSLD de Huntingdon dessert que cet établissement.

Le système de gestion des requêtes de laboratoire est localisé au CH régional du Suroît. Le système de gestion des urgences est localisé à l'hôpital Barrie Memorial. Ces deux systèmes sont accessibles par tous les établissements via le réseau RTSS. Ainsi, les résultats de laboratoire et les sommaires des urgences circuleront sur le réseau permettant alors de réduire les analyses urgentes et le temps consacré par les intervenants à chercher de l'information. Deux moyens sont utilisés pour protéger la confidentialité de l'accès aux données : la gestion du droit d'accès et la « journalisation » de l'utilisation des données.

Le centre médical de Huntingdon a dû être relié au RTSS comme étant un point de services du CLSC Huntingdon. C'est-à-dire que seul le CLSC de Huntingdon rejoint le Technocentre régional de la Montérégie (diagramme).

Pour que le centre médical de Ormstown et les cabinets privés de Saint-Chrysostome puissent bénéficier des avantages de la structure du RTSS et être autorisés à consulter les informations disponibles à l'ensemble des établissements du réseau de la santé, ils ont été reliés au réseau local de l'hôpital Barrie Memorial. Pour des raisons de sécurité, un FireWall a été installé pour permettre d'isoler les réseaux locaux et contrôler le partage des systèmes CALCULUS, SIURGE et LOTUS Notes (diagramme).

2.3.6 Évaluation

Les résultats d'évaluation compris dans ce rapport portent principalement sur l'analyse de l'implantation et sur l'évaluation des effets. Le tome II présente le rapport détaillé de l'évaluation du projet de capitation réalisé par l'équipe du GRIS.

2.3.7 Données et ressources élaborées

Dans le cadre du projet, les sources de données utilisées sont multiples ainsi que les ressources élaborées qui en découlent. Au chapitre des données, les sources suivantes ont été mises en place ou consultées par l'équipe de la Régie régionale et/ou par l'équipe d'évaluation du projet :

- un système de surveillance des programmes incluant des états de situation trimestriels et à l'occasion des entrevues auprès des responsables;

- un système de contrôle (ou tableau de bord) des indicateurs généraux des établissements du territoire;
- des questionnaires sur la satisfaction des patients à l'égard des services reçus;
- des questionnaires sur la satisfaction des intervenants, des médecins et des gestionnaires;
- une analyse documentaire, des entrevues semi-structurées et de l'observation aux rencontres des différents comités;
- les banques de données du système de soins (données financières, MED-Echo);
- la banque de données populationnelles regroupant les informations de près de 200 000 résidants de la Montérégie.

En ce qui a trait aux ressources élaborées, le projet a donné lieu à la rédaction de plusieurs documents dont :

- document sur l'organisation médicale;
- cadre de référence, lors de l'implantation du projet;
- instrument de contrôle du projet et des programmes;
- fiches d'implantation des programmes;
- protocoles d'entente interétablissements et avec les centres médicaux;
- états de situation trimestriels des programmes;
- portrait sociosanitaire de la MRC du Haut Saint-Laurent et des territoires témoins;
- protocole d'évaluation du projet (GRIS) et le rapport sur l'analyse de l'implantation du projet (GRIS).

Enfin un dépliant informatif intitulé Projet de capitation, un réseau de soins et de services intégrés a été distribué à la population. Du matériel de présentation du projet a également été utilisé lors de conférences.

2.4 Description des écarts et des problèmes

L'implantation d'un réseau local de services intégrés constitue un changement profond sur le territoire. L'énumération des écarts et des problèmes du projet de capitation présentée n'est pas nécessairement exhaustive mais elle permet d'entrevoir l'ampleur des enjeux associés à une réorganisation des services sur une base territoriale. Tel que mentionné dans le rapport Shortell et collaborateurs (1996), l'implantation d'un modèle d'intégration des soins implique une réorganisation profonde du réseau de la santé sur un territoire et s'avère difficile à mettre en œuvre. La façon de régler certains problèmes est rapportée dans ce chapitre bien qu'elle aurait pu se retrouver au chapitre 3 sous le thème « problèmes éprouvés et façons de les régler ».

Dans la perspective des acteurs oeuvrant au suivi et au contrôle du projet, voici une énumération des écarts et problèmes importants :

- Dans un premier temps, il y a eu sous-estimation de la complexité des changements requis par le modèle d'intervention – qui comprend les intégrations clinique, administrative, financière et informationnelle – en fonction d'une part, de la capacité d'opérationnaliser ces changements (délais administratifs, etc.) et d'autre part, du temps requis au niveau local pour intégrer ces changements.

Cette sous-estimation de la complexité du projet s'est révélée par :

- Le besoin d'exécuter des travaux additionnels (donc non prévus) pour alimenter les comités des services cliniques mis en place par le projet; ces travaux n'étaient pas prévus.
- Une sous-estimation du temps requis pour procéder aux changements en considérant différents paliers (ou niveaux) d'un système de soins complexe à savoir : le système de soins au niveau local, les relations interorganisationnelles, les opérations intra-organisationnelles et la dynamique du pouvoir entre les acteurs. En effet, les acteurs doivent disposer de temps pour interagir entre eux afin de s'entendre sur les objectifs à poursuivre et sur la nature des changements à apporter.

➢ L'écart idéologique entre les conseils d'administration des établissements membres du réseau de soins intégrés est important dès le début du projet, particulièrement quant à la vision de la dispensation des services et quant à la crainte de perdre certains services existants.

Cet écart s'est traduit par :

- La difficulté de mettre en œuvre un mode de gouverne conforme au modèle administratif visé. Ainsi, le projet n'a pas donné lieu à la création d'une entité locale responsable de la planification de l'ensemble des services sur le territoire, de l'allocation et de l'utilisation des ressources. Le modèle implanté est fondé sur le maintien de l'autonomie des établissements du territoire. Un comité directeur a été mis en place pour pallier à cet état de fait. Le CLSC et le CHSLD se sont regroupés en novembre 2000.
- Une moins forte fluidité que prévue pour la prise de décisions et le maintien d'un certain fonctionnement en « silos », la structure existante entretenant l'autonomie des établissements.
- La création d'un comité directeur responsable de l'approbation des projets cliniques et de la distribution de l'allocation des ressources en rapport avec l'expérimentation. Le rapport d'évaluation du GRIS (2001) souligne que le renforcement de la vision stratégique passe par la conception et l'implantation d'un dispositif de gestion qui permet aux programmes cliniques de s'institutionnaliser dans le temps. Ce dispositif de gestion pourrait prendre la forme d'une entité locale responsable de la planification des services sur le territoire ainsi que de l'allocation et de l'utilisation des services. Les établissements du territoire oeuvrent actuellement à préparer une suite au projet en y incluant un mode de gouverne reflétant cette suggestion.

➢ L'intégration financière n'a pu être réalisée dans la phase 1 du projet. En contrepartie, une gestion par projet interétablissements a été instaurée. Avec l'avancement de l'intégration clinique, notamment pour le secteur de la santé mentale, un mode de financement par capitation pourrait être expérimenté dans ce secteur, à la phase 2 du projet.

➢ L'une des faiblesses du système de soins de la MRC est le vieillissement et le non-renouvellement du corps médical, s'expliquant en partie par la pénurie de médecins et par les modalités de rémunération des jeunes médecins (rémunération à 70 % les trois premières années de pratique), ainsi que par la pénurie d'autres professionnels de la santé (infirmière, inhalothérapeute, orthophoniste).

Cette pénurie de professionnels et de médecins occasionne :

- Un retard dans l'implantation dû à l'incapacité de fournir les services requis notamment pour les programmes de l'accessibilité locale aux services d'orthophonie, du suivi systématique de la clientèle ayant des troubles chroniques respiratoires (MPOC) et de la consolidation des services médicaux de première ligne.

➢ L'incertitude sur la pérennité de l'expérimentation au-delà du 31 mars 2001, a occasionné des problèmes de stabilité du personnel et des professionnels dans un contexte où il y a déjà une pénurie sur le territoire. Les établissements du territoire et la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie ont accepté de financer le prolongement du projet pour une durée de trois mois (avril à juin 2001) dans l'attente d'une confirmation d'un financement pour la phase 2 du projet.

➢ La création de l'entrepôt de données a donné lieu à un processus administratif – notamment pour l'obtention des autorisations afin de procéder à l'intégration des différentes banques de données – et technique plus complexe que prévu.

➢ L'instauration du réseau informatique reliant les établissements et les centres médicaux du territoire a aussi connu sa part de problèmes. La recherche d'une infrastructure cohérente avec les technologies et les systèmes d'information déjà en place ainsi que l'autorisation d'utiliser les structures existantes du RTSS pour connecter les centres médicaux constituent deux difficultés importantes. Ces difficultés étant surmontées, le réseau est présentement opérationnel. À partir de l'analyse des besoins des médecins et des clients du territoire, les informations suivantes sont maintenant disponibles sur le réseau : résultats de laboratoire et résumés de l'urgence.

➢ La courte période d'expérimentation du projet, particulièrement pour l'organisation de plusieurs programmes cliniques, soulève la problématique suivante : l'échéancier apparaît trop serré pour affirmer certains résultats.

Cela se reflète dans :

- L'impossibilité pour l'équipe d'évaluation d'apprécier, entre autres, si l'implantation du réseau de services intégrés a donné lieu à une augmentation de la consommation sur le territoire par les résidants de la MRC du Haut Saint-Laurent. Une appréciation plus élaborée des résultats pourrait être faite à court terme, aidée en cela par l'entrepôt de données intégrées.

3. RÉSULTATS ET IMPACTS

Après avoir soulevé les principaux résultats et impacts du projet, cette section présente des observations sur les processus et les leçons apprises de l'expérimentation. Par la suite, des réflexions sur les éléments du cadre d'évaluation proposé par le FASS sont présentées. Puis, cette section se termine par une description des conséquences sur les services et sur les politiques découlant du projet.

3.1 Résultats principaux

L'expérimentation d'une nouvelle façon d'organiser et de dispenser les soins et les services pour la population du territoire génère des résultats intéressants. Conformément aux objectifs du projet, des tendances sont notées quant à l'amélioration de la qualité des services et de la satisfaction de la clientèle, grâce à une accessibilité accrue aux soins avec le rapatriement des services de première ligne et au développement des services de prévention et de suivi, à l'amélioration de l'efficience des services grâce à une utilisation accrue de ressources moins coûteuses et à l'amélioration de la prise en charge de la population. En bref, un plus grand nombre de clients sont traités sur le territoire et ils le sont différemment. Cette section présente les résultats rapportés lors de collectes d'informations par les responsables des programmes et les résultats plus « généraux » du projet.

3.1.1 Tendances générales

Le tableau suivant présente succinctement des résultats observés par des responsables de programmes. Bien qu'il soit difficile de confirmer à ce moment-ci l'ensemble des résultats, certains programmes auraient contribué à la diminution de l'achalandage à l'urgence (travail multidisciplinaire en cabinet privé, cliniques de soins de diabète et de soins de plaies), à la diminution des hospitalisations en médecine (clinique de réadaptation cardiaque, clinique de diabète), à l'augmentation du recours au maintien à domicile (intégration des services de soins palliatifs, développement du potentiel des services à domicile) et à des ressources dites légères (clinique de diabète, programmes en santé mentale).

Les tendances rapportées ne sont pas exhaustives. En effet, les programmes poursuivent d'autres objectifs comme retarder l'hébergement des personnes en perte d'autonomie (répit de jour « La Relève », développement du potentiel des services à domicile), faciliter l'intégration sociale (programmes en santé mentale), augmenter la qualité de vie des clients (clinique de diabète, réadaptation cardiaque : volet enseignement) et rapatrier des clients sur le territoire (accessibilité locale aux services d'orthophonie, intégration des services de soins palliatifs).

L'ensemble de ces résultats va dans le sens attendu par la prise en charge plus intégrée de la population, par une utilisation plus importante des services favorisant les ressources légères et par une responsabilité accrue envers la population. Ces résultats constituent des tendances qui restent à être confirmées.

Tableau 6 :

Tendances rapportées pour quelques programmes

Secteurs cliniques/domaines	*Urgence*	*Hospitalisation*	*Maintien à domicile*	*Ressources légères*
Services ambulatoires				
1. Expérimentation clinico-administrative du travail multidisciplinaire en cabinet privé	Réduction (observée)	Réduction (possible)	Augmentation (possible)	Augmentation (observée)
2. Intégration des soins/services de la clinique de diabète	Réduction (possible)	Réduction (observée)	Réduction (possible)	Augmentation (observée)
3. Intégration des soins/services pour la clientèle nécessitant des soins de plaies	Réduction (observée)	Réduction de la durée (possible)	_	Augmentation (possible)
4. Suivi systématique de la clientèle ayant des troubles chroniques respiratoires (MPOC)	Réduction (possible)	Réduction (possible)	Augmentation (possible)	Augmentation (possible)
5. Développement du potentiel des services à domicile : . Volet rehaussement	_	Réduction (possible)	Augmentation (observée)	Augmentation (possible)
6. Développement du potentiel des services à domicile: . Volet intensification des services	_	Réduction (possible)	Augmentation (observée)	Augmentation (possible)
7. Réadaptation cardiaque : volet enseignement	Réduction (observée)	Réduction (possible)	_	Augmentation (possible)
Adultes/personnes âgées en perte d'autonomie				
1. Intégration des services de soins palliatifs	Réduction (observée)	Réduction (possible)	Augmentation (observée)	Augmentation (observée)
2. Répit de jour « La Relève »	_	_	Augmentation (possible)	Augmentation (observée)
3. Intégration de services de télésurveillance	Réduction (possible)	Réduction de la durée (possible)	Augmentation (possible)	Augmentation (possible)
Santé mentale				
1. Consolidation de l'équipe multidisciplinaire	NSP	Réduction (possible)	_	Augmentation (observée)
2. Suivi intensif dans la communauté et de réadaptation	NSP	Réduction (possible)	_	Augmentation (observée)

3.1.2 Résultats atteints

Rappelons tout d'abord que le projet de capitation vise l'expérimentation d'un réseau de services intégrés avec la motivation d'introduire une nouvelle façon d'organiser, de dispenser et de financer les soins et les services.

Voici brièvement les principaux résultats atteints au 27 janvier 2001 :

➢ La consolidation de la gamme de services au niveau local afin d'augmenter la continuité, la prise en charge et le rapatriement des patients sur le territoire et ce, en concertation avec l'organisation médicale.

Cette consolidation a permis :

- la mise en œuvre d'une vingtaine de programmes expérimentés suite à leur approbation par le comité directeur. Les acteurs étudient actuellement la pertinence de regrouper des programmes (3 au lieu de 20) afin de renforcer l'intégration clinique et de faciliter la concertation « sur le terrain » et la continuité des services;
- une uniformisation des processus de soins et un changement des pratiques grâce notamment à la révision et au développement de 20 protocoles cliniques;
- une complémentarité accrue entre les établissements dans l'offre de services;
- de favoriser le suivi systématique pour certaines clientèles;
- d'intégrer les médecins omnipraticiens du territoire à l'organisation et à la planification des soins et des services;
- de développer le travail interdisciplinaire à l'égard de clientèles cibles;
- d'embaucher des infirmières dans les centres médicaux.

Les résultats préliminaires mettent en évidence :

- qu'au-delà de 5 000 personnes (soit 20 % de la population du territoire) ont bénéficié de programmes et de suivis systématiques mis en place;
- une diminution des admissions de 9 % et des jours d'hospitalisation de 6,7 % par rapport à l'an dernier pour les 11 premières périodes de 2000-2001 en médecine;
- une augmentation du taux de référence au maintien à domicile de 9,7 % également par rapport aux 11 premières périodes de l'an dernier.

➢ L'embauche d'infirmières dans les centres médicaux de la MRC afin de soutenir la pratique médicale et l'organisation locale des services intégrés. Depuis leur arrivée, il a été observé :

- une augmentation du nombre de patients reçus par les infirmières;
- une diversité de tâches accomplies (ex. : suivis de traitement, évaluation nursing, enseignement);
- une diminution de l'achalandage à l'urgence de l'hôpital de près de 5 % au cours des 11 premières périodes de l'exercice 2000-2001 par rapport à 1999-2000 et ce, malgré une tendance à la hausse dans les établissements avoisinants.

- L'instauration d'un réseau d'échange d'information reliant les centres médicaux et les établissements du territoire permet le partage des informations concernant les clients, un meilleur suivi et une continuité accrue de services, grâce à un accès rapide aux informations (résultats des tests de laboratoire, feuille sommaire de l'urgence).

- La création d'un entrepôt de données lequel rassemble la plupart des données sur l'utilisation des services des résidants de la MRC et des quatre CLSC témoins. Cet entrepôt, la première expérience du genre au Québec, favorisera la production de nouvelles connaissances utiles pour la recherche et la gestion des services.

- Afin de soutenir les changements découlant de la mise en place d'une organisation locale de services intégrés, il importe de retenir :

- la participation des médecins à la plupart des comités créés dans le cadre du projet;
- la rémunération des médecins pour les activités reliées à l'organisation et à la gestion des programmes cliniques;
- la dispensation de 10 sessions de formation pour les différents intervenants des programmes.

Ces résultats ont été atteints dans un court délai et, au Québec à tout le moins, ces résultats sont novateurs. Ils constituent une source riche d'information dans la mise en œuvre d'expériences similaires particulièrement celles de réseaux locaux de services intégrés en milieu rural.

3.1.3 Impacts généraux

L'un des impacts important du projet de capitation est d'avoir permis l'implantation d'un réseau de services intégrés sur un territoire rural. Ce réseau renforce et s'appuie sur une organisation médicale et sur une première ligne forte. Cette nouvelle façon d'aborder l'organisation des soins a favorisé :

- un changement dans l'offre locale de services et un accès à plus de services dispensés sur le territoire;
- une complémentarité accrue entre les établissements et les centres médicaux;
- une utilisation plus optimale des ressources et des compétences disponibles sur le territoire;
- une prise en charge différente de la population;
- un apprentissage de nouveaux modes d'organisation de soins.

Les acteurs du territoire désirent poursuivre l'expérimentation au-delà de la période prévue par la subvention du FASS. Dans l'attente d'une confirmation d'un financement pour la phase 2 du projet, les conseils d'administration des établissements et la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie ont accepté de financer une continuité du projet pour une durée de trois mois (avril à juin 2001).

L'expérimentation clinico-administrative du travail multidisciplinaire en centre médical est une illustration intéressante d'un programme à valeur ajoutée dans un réseau de soins intégrés. En plus de développer une nouvelle complémentarité entre les services médicaux de base dispensés en centre médical et les établissements publics du territoire, cette expérimentation – une première au Québec – permet une accessibilité de soins infirmiers à l'intérieur des centres médicaux. Depuis le 1er septembre dernier, les infirmières des centres médicaux de Huntingdon et de Ormstown ont reçu plus de 3 700 clients. L'annexe 3 présente un témoignage de satisfaction de cette expérience. Cette expérience intéresse plusieurs acteurs notamment, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. La FMOQ a d'ailleurs participé à des réunions réunissant l'ensemble des médecins du territoire afin de discuter de modèles d'organisation des services médicaux en milieu rural.

La clinique de diabète permet également d'illustrer des impacts intéressants du projet au niveau de la prise en charge de la population et de l'impact sur la santé. Cette clinique permet la disponibilité de services de suivi, d'enseignement et de traitement. Au 27 janvier 2001, 360 clients ont bénéficié des services de la clinique. Ce programme favorise un contrôle optimal du diabète et permet de réduire et d'éviter des hospitalisations.

À titre d'illustration d'un contrôle accru du diabète, l'analyse des dossiers complétés montre une diminution de la moyenne de l'hémoglobine glycosylée entre le moment d'admission à la clinique et le rappel après quatre mois. La moyenne du niveau d'hémoglobine glycosylée est passée de 7,59 à 6,83 pour ces patients.

Même si le niveau optimal de glycémie n'est pas atteint (la valeur de référence se situe entre 4,00 et 6,20 selon les études), toute diminution de 1 % de l'hémoglobine glycosylée s'accompagne d'une diminution de la mortalité et de la morbidité reliée au diabète.

De plus, le directeur du projet de capitation a été interpellé par d'autres acteurs du territoire de la Montérégie et de l'extérieur, pour discuter de l'expérimentation du projet, particulièrement du programme clinico-administratif du travail multidisciplinaire en centre médical (implantation, fonctionnement) et pour soutenir l'implantation de ce programme dans d'autres territoires. Cette expérience pourrait donc être exportée sous peu.

Il faut souligner que celle-ci s'inscrit dans les récentes propositions de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, particulièrement celle de la mise sur pied de Groupes de médecine de famille. Cette proposition a reçu une réponse positive de la ministre de la Santé et des Services sociaux le 26 février dernier. Les modalités, dont celles de l'inscription des clients et la rémunération des médecins et des infirmières membres de ces Groupes, restent cependant à préciser.

Afin de soutenir les changements nécessaires au fonctionnement d'un réseau de soins intégrés, l'instauration d'un réseau d'échange d'information reliant les centres médicaux et les établissements du territoire constitue un acquis important du projet. La création de la banque de données permettra à la phase 2 du projet d'alimenter les réflexions sur le terrain grâce à la production de nouvelles informations actuellement non disponibles.

3.2 Observations sur les processus et les leçons apprises

Les résultats présentés restent partiels et devront être analysés de nouveau à la lumière du rapport d'évaluation. Cependant, l'expertise acquise et les apprentissages réalisés par les acteurs du réseau de soins intégrés tendent à démontrer le potentiel du modèle d'organisation des soins et de financement des services soumis initialement au FASS. Ces apprentissages contribuent en effet à la transformation des pratiques et des façons de faire des producteurs de soins et des organisations.

L'instauration d'un réseau de soins intégrés représente un changement profond et radical sur le territoire. L'opérationnalisation et l'arrimage des intégrations clinique, administrative, financière et informationnelle demeurent complexes. Les modalités d'organisation de soins et de financement allant de pair, le plein potentiel du modèle ne pourra être réalisé qu'en orchestrant les différents types d'intégration de façon cohérente. Cette section soulève quelques éléments sur les processus de mise en œuvre du changement et sur des leçons apprises.

Au niveau de l'intégration clinique, les observations suivantes apparaissent particulièrement importantes :

- le choix de concentrer, dans un premier temps, les efforts sur l'intégration clinique en mettant l'emphase sur les patients et sur leurs besoins apparaît intéressant. En effet, les programmes mis en place deviennent des points d'ancrage du réseau de soins intégrés. Ils permettent également de rapprocher les acteurs et les instances du territoire et de construire sur les forces du terrain à partir des besoins identifiés.
- la planification et l'implantation de ces programmes interétablissements ont nécessité plus de temps qu'anticipés initialement. En effet, les acteurs provenant de lieux divers doivent disposer de temps et d'espaces neutres pour interagir entre eux afin de s'entendre sur les objectifs à poursuivre et sur la nature des changements à apporter. Sur ce point, le support technique et professionnel de la RRSSS-Montérégie a été jugé important.
- l'implication soutenue des médecins et des professionnels du territoire dans l'organisation des services et ce, dès le début du projet, a facilité l'intégration clinique. À cette fin, le projet a permis la rémunération des médecins pour les tâches de gestion.
- afin de consolider le fonctionnement par programmes interétablissements et l'intégration clinique, trois éléments apparaissent particulièrement prometteurs :
  - le regroupement des 20 programmes actuels en un plus petit nombre de programmes ;
  - l'intégration de l'ensemble des services du territoire dans la démarche ;
  - une plus forte intégration administrative et financière du réseau grâce, entre autres, à la création d'une entité locale de gestion et l'expérimentation de la capitation.

Au niveau de l'intégration administrative, les observations suivantes sont soulevées :

- le processus décisionnel est parfois lent à cause de la diversité des acteurs, des lieux de dispensation de soins et des modalités à respecter. Cette lenteur administrative s'accompagne d'un double processus administratif - celui de la gestion de la mise en œuvre du projet de capitation et celui de la gestion courante des établissements – dans un contexte où par ailleurs il n'y a pas eu de déréglementation.
- la gestion par projet interétablissements qui a été instaurée et chapeautée par un comité directeur, ne peut se substituer sur une longue période à une structure décisionnelle davantage adaptée à une approche territoriale. La création d'une gouverne locale favorisant une plus forte responsabilisation des conseils d'administration à l'intégration des services est à venir. La mise sur pied d'un tableau de bord incluant des indicateurs tenant compte des besoins de la population et d'un fonctionnement en réseau pourrait alimenter les discussions.
- entre temps, la flexibilité du modèle initial aux réalités locales constitue un atout pour garder le cap sur l'objectif souhaité. L'adhésion des acteurs est primordiale d'autant plus que le passage de l'ancien paradigme qui est basé sur l'appartenance à un établissement, au nouveau paradigme qui lui est basé sur l'appartenance au réseau local de services intégrés, s'accompagne d'un ajustement continu aux nouvelles façons de faire. Ces ajustements incluent la clarification des concepts (gestion de cas, suivi systématique) et des nouveaux rôles (intervenant pivot, responsable de programme, infirmière en centre médical) qu'amènent un fonctionnement en réseau intégré.
- l'éclaircissement sur le fonctionnement en réseau de services intégrés passe par des stratégies de changement. Ces stratégies peuvent prendre plusieurs formes comme la formation, les protocoles communs et un réseau informatique. Les délais techniques et administratifs rapportent la contribution de l'analyse de la banque à la phase 2 du projet.

Au niveau de l'intégration financière, les deux éléments suivants sont à noter :

- bien que la gestion financière par projet améliore l'allocation des ressources en fonction des besoins de la population, l'expérimentation d'un financement par capitation permettrait de redistribuer les ressources autrement c'est-à-dire davantage en fonction de la responsabilité territoriale des services à dispenser à la population.
- cette avenue est présentement envisagée par les acteurs du réseau de soins intégrés. L'adoption d'un financement par capitation va de pair avec les suggestions pour favoriser l'avancement des intégrations clinique et administrative afin de favoriser l'atteinte du plein potentiel du modèle.

Au niveau de l'intégration informationnelle, les observations suivantes apparaissent significatives :

- il importe de soutenir les changements qu'amène un fonctionnement de réseau de soins intégrés grâce à un réseau informatique supportant les échanges et les partages d'information. Idéalement, le réseau informatique aurait été disponible dès le début du projet.
- les systèmes d'information actuels sur les clientèles fournissent peu d'information pour apprécier le fonctionnement en réseau de soins intégrés. Par exemple, il n'y a pas de façon rapide de connaître la participation de la population aux différents services ni la contribution des différentes missions (médicale, hospitalière, soins de longue durée) dans la satisfaction de la demande des clients. La banque de données intégrées est une avenue prometteuse pour étudier les filières de soins dans une perspective territoriale.
- l'exploitation de la banque de données intégrées aurait également pu contribuer à alimenter les réflexions des acteurs notamment sur les filières de soins des résidants du territoire. Ces connaissances seront disponibles à la phase 2 du projet.

3.3 Réflexions relatives au cadre d'évaluation du FASS

Le Fonds pour l'adaptation des services de santé a fourni un cadre d'évaluation lors de l'envoi des lignes directrices pour la rédaction du document final. Ce cadre d'évaluation permet une description de la façon dont le projet a touché les six éléments suivants : l'accès aux services, la qualité des soins, l'intégration à d'autres services, la santé de la population visée, la rentabilité des services et la transférabilité. Cette section présente les tendances observées et les résultats de l'évaluation du GRIS quant à ces éléments.

3.3.1 Accès aux services

Le projet de capitation a permis un accès accru à plus de services dispensés sur le territoire de la MRC du Haut Saint-Laurent. Cette consolidation s'inscrit dans la gamme de services jugés indispensables, dans une perspective de responsabilités populationnelles, pour une organisation locale de services intégrés sur un territoire rural.

Cette augmentation de l'accessibilité s'accompagne de changements quant aux lieux de dispensation de services et quant aux modes de travail des professionnels dispensant les services : ainsi, les programmes favorisent le travail multidisciplinaire (ex. : expérimentation du travail de l'infirmière en centre médical) et le recours à des modalités ambulatoires de soins (clinique de diabète, suivi systématique de la clientèle ayant des troubles chroniques respiratoires (MPOC)). Cette accessibilité accrue s'accompagne également d'une adaptation des services au plan linguistique : la plupart des services offerts le sont dans les deux langues officielles du pays.

3.3.2 Qualité des services

La constitution d'un réseau de soins intégrés amène la réalisation de résultats intéressants au chapitre de la qualité des services. Tout d'abord, des changements quant à l'utilisation des ressources sur le territoire,

particulièrement une baisse de l'achalandage à l'urgence, une diminution des admissions et des jours d'hospitalisation en médecine et une augmentation du taux de référence au maintien à domicile et de l'utilisation des services sur une base ambulatoire. Le GRIS présentera aussi une analyse de l'utilisation des services dans son rapport final. Cependant, étant donné la courte période d'expérimentation du projet, il sera impossible de confirmer la réorientation de la consommation vers des modalités ambulatoires et l'augmentation de la consommation sur le territoire par les résidants de la MRC du Haut Saint-Laurent mais plutôt d'apprécier les tendances observées. De plus, le projet de capitation contribue à une utilisation plus optimale des ressources et des compétences disponibles sur le territoire – ce que le FASS réfère à la mise en rapport du client avec le fournisseur répondant à ses besoins – entre autres, grâce au développement du travail multidisciplinaire (intégration des infirmières dans les centres médicaux), à la mise en place de ressources dites légères (répit de jour « La Relève »), de cliniques et de suivis systématiques pour certaines clientèles (programmes de santé mentale, MPOC).

La qualité des services comprend également l'évaluation de la satisfaction des acteurs organisationnels et des clients. Cette dimension de la qualité est menée par le GRIS.

Dans son évaluation des effets, le rapport d'évaluation du GRIS (voir tome II) présente des résultats pour la population et pour la clientèle diabétique. Pour la population, l'évaluation indique une amélioration de la satisfaction des usagers à l'égard des soins reçus et de la perception de la qualité des soins primaires, notamment au niveau de la continuité et de la coordination. L'évaluation soulève également une amélioration à l'égard des soins reçus pour la clientèle diabétique.

3.3.3 Intégration des services

L'intégration constitue l'une des pierres d'assise du projet de capitation. Le modèle comprend quatre types d'intégration à réaliser : administrative, financière, clinique et informationnelle. Les activités et les efforts des intervenants s'inscrivent conséquemment dans la recherche d'une plus forte intégration des services.

Par exemple, au niveau du changement dans l'agencement ou la nature des services, l'implantation du réseau de soins intégrés a favorisé une complémentarité accrue entre les établissements et les centre médicaux. De plus, cette complémentarité a contribué à éviter recoupements et doubles emplois dans les services de santé. Les travaux réalisés par les différents comités thématiques et cliniques ont permis d'atteindre ce résultat.

L'intégration se reflète également dans l'élaboration de nouvelles méthodes de collecte de données, d'échanges de renseignement et de communication. Le projet a permis l'instauration d'un réseau informatique reliant les établissements et les centres médicaux. Ce système permet le partage des informations concernant les clients, un meilleur suivi et une continuité accrue des services. De plus, le projet a permis la création d'un entrepôt de données réunissant la plupart des données sur l'utilisation des services de près de 200 000 résidants de la Montérégie. Cet entrepôt peut contribuer à la production de connaissances utiles pour la recherche et pour les acteurs du réseau de services intégrés en phase 2 du projet.

L'une des avenues d'intégration employée est la mise sur pied de mécanismes d'intégration et de coordination entre les acteurs et les établissements, entre autres :

- Comités responsables de différents aspects du projet;
- Uniformisation de pratiques grâce à la révision et au développement de protocoles cliniques et la dispensation de sessions de formation;
- Nouveaux rôles en support au fonctionnement du réseau (responsable de programme, infirmière en centre médical);
- Équipes multidisciplinaires pour certains programmes;
- Participation et rémunération des médecins à l'organisation des services sur le territoire.

Enfin, l'intégration inclut le changement dans l'utilisation et la variété des ressources existantes tels le renforcement de l'organisation des services de première ligne, une augmentation de la variété et des lieux de dispensation de soins et la création de nouveaux rôles ainsi qu'une augmentation du travail multidisciplinaire et interétablissements pour les ressources humaines.

3.3.4 Impacts ou effets sur la santé

Étant donné la courte durée de l'expérimentation, les indicateurs mesurables de l'état de santé de la population ne sont pas inclus. Cependant, et tel que spécifié antérieurement, le programme de la clinique de diabète favorise un contrôle optimal du diabète tel que le suggère la diminution du niveau d'hémoglobine glycosylée appréciée à partir de l'analyse des dossiers complétés des patients. De même, l'évaluation du GRIS (voir tome II) rapporte une amélioration de la qualité de vie de la clientèle diabétique.

Le rapport final du GRIS présentera toutefois une évaluation qualitative et quantitative de la qualité des soins. L'évaluation de la qualité fait référence au processus de soins comme l'évaluation de la coordination des services lors des incidents critiques (recours à des ressources d'hébergement, transfert à la communauté) alors que l'analyse quantitative des résultats consiste à vérifier la non-détérioration de certains indicateurs lors d'événements sentinelles (réadmissions à l'hôpital, admissions à l'urgence).

3.3.5 Rentabilité du projet

Selon le cadre d'évaluation proposée par le FASS, la rentabilité peut être mesurée grâce aux changements dans l'efficacité apportés par l'implantation du réseau de soins intégrés, aux changements dans les coûts et à la combinaison des fournisseurs de services et des emplacements. Avec la décision de ne pas inclure d'indicateurs mesurables de l'état de santé, il est difficile d'élaborer sur les changements en matière d'efficacité. En ce qui a trait à l'appréciation des coûts, le GRIS procède à une estimation des coûts de la prise en charge de certaines filières de soins. Enfin, différents programmes cliniques illustrent les efforts visant un agencement plus optimal des lieux de dispensation de soins et de l'utilisation des compétences des médecins et des professionnels de la santé. Par exemple, les cliniques du projet contribuent à une utilisation des services en faveur de ressources légères et de prévention et plusieurs programmes imposent un travail multidisciplinaire accru.

3.3.6 Transfert et application plus généralisée

Ce dernier élément du cadre d'évaluation du FASS s'intéresse aux leçons tirées de l'expérimentation du projet qui pourraient être utiles à d'autres secteurs de compétences, programmes ou régions.

Plusieurs éléments sont à retenir de cette expérience :

- **Les liens entre les caractéristiques de la mise en œuvre du projet et les résultats.** Les résultats atteints sur la courte période de l'expérimentation sont intéressants. Ces résultats proviennent principalement de l'avancement de l'intégration clinique et informationnelle du réseau de soins intégrés. La poursuite du projet résulterait dans le plein potentiel des bénéfices du modèle, en consolidant les intégrations financière et administrative, particulièrement par la création d'une entité locale responsable de la planification des services et de l'allocation des ressources sur le territoire.

- **Les conditions préalables devant exister au sein du système pour garantir le succès.** La mise en place d'un réseau de soins intégrés sur le territoire est facilitée par la présence de conditions favorables. Parmi les forces du système de soins de la MRC du Haut Saint-Laurent, il faut retenir que le territoire géographique est relativement restreint, que l'on accorde beaucoup d'importance aux services de première ligne et que les médecins, très polyvalents, ont une pratique variée et exigeante.

  Par ailleurs, on rapporte un climat harmonieux entre les médecins, les infirmières et le personnel, l'existence de liens préalables entre les organisations du territoire et également, un fort engagement de la communauté envers ses institutions.

- **Les obstacles rencontrés.** Une explicitation des obstacles se retrouve à la section 2.4 de ce document dont : une sous-estimation de la complexité des changements requis par le modèle, l'écart idéologique entre les conseils d'administration des établissements membres du réseau, la pénurie de médecins et de certains autres professionnels de la santé, la courte durée et l'incertitude quant à la pérennité de l'expérimentation et une certaine lourdeur administrative et technique dans l'instauration du réseau informatique reliant les établissements et les centres médicaux du territoire et de la banque de données intégrées.

- **Les aspects innovateurs du modèle**. L'aspect le plus innovateur se résume dans le mode d'organisation des soins implantés, à savoir : un réseau de soins intégrés basé sur une organisation médicale forte et sur la consolidation de la gamme de services de base offerts sur un territoire. Cette façon d'organiser et de dispenser les soins et les services en mettant l'accent sur les soins de première ligne, s'inscrit dans l'orientation préconisée par plusieurs experts ainsi que dans les récentes propositions de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2001). L'expérimentation du mode de financement de la capitation envisageable à la phase 2 du projet constitue un aspect innovateur en devenir puisqu'il reste à l'expérimenter et à l'analyser.

- **La façon dont l'intégration ou la coordination des services a contribué à l'atteinte des objectifs du programme**. Le projet vise la réalisation des intégrations clinique, administrative, financière et informationnelle de l'organisation locale de soins intégrés. En conséquence, l'intégration et la coordination des services contribuent à l'atteinte des objectifs poursuivis.

- **Les éléments du projet qui semblent particulièrement transférables.** Tel que rapporté précédemment, l'expérimentation clinico-administrative du travail multidisciplinaire en centre médical apparaît comme l'un des programmes les plus innovateurs et transférables du projet. Cette expérimentation s'inscrit fort bien dans l'une des orientations annoncées en février 2001, par la ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec suite au rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2001).

Cette orientation vise la création de Groupes de médecins de famille au sein desquels pourraient œuvrer des infirmières et d'autres professionnels de la santé. Cette expérimentation suscite l'intérêt de plusieurs acteurs et elle pourrait être exportée vers d'autres territoires du Québec.

L'intégration des infirmières en centre médical constitue l'un des aspects importants lors de la mise sur pied d'une organisation locale de services sur un territoire. Là où il est jugé pertinent de réunir tous les acteurs d'un territoire donné, il est intéressant d'adopter les modèles administratif, financier, clinique et informationnelle afin de contribuer à l'implantation d'autres réseaux de soins intégrés. Ces modèles doivent cependant être adaptés aux réalités locales. La réalisation de tels projets est possiblement plus facile en milieu rural étant donné la taille du réseau (davantage maîtrisable), une pratique médicale se rapprochant d'une médecine familiale et un confinement plus naturel de la population envers les services disponibles sur le territoire.

- **Les groupes ayant le plus bénéficié du projet.** Ces groupes sont les clients et la population de la MRC du Haut Saint-Laurent, les professionnels de la santé, les médecins, les autres intervenants du territoire et le « système de soins ». En effet, les clients des différents services et la population de la MRC en général ont un accès accru à une gamme plus complète de services de base disponibles le plus près possible du milieu de vie des personnes.

Pour les professionnels de la santé et les médecins, le projet a favorisé une prise en charge différente des patients amenée, entre autres, par un recours accentué au travail multidisciplinaire, à l'uniformisation de processus de soins et par leur participation accrue, notamment chez les médecins, à l'organisation des services sur le territoire. L'évaluation du GRIS devrait confirmer un niveau élevé de satisfaction des clients, des professionnels et des gestionnaires (satisfaction au travail, appréciation des relations interétablissements) suite au projet. Comme on pourra le constater à la section suivante, le système de soins sort également gagnant de l'expérience si l'on en juge par les tendances observées au niveau de la performance des établissements.

3.4 Conséquences sur les programmes et sur les politiques

Grâce aux efforts des intervenants, des médecins, des professionnels et des gestionnaires, il a été possible de mettre sur pied une organisation locale de services intégrés renforçant et s'appuyant sur une organisation médicale de première ligne performante. Le projet de capitation offre des pistes de solution au fonctionnement d'un réseau territorial pour l'organisation des services de base, la coordination et l'intégration des services, l'adaptation des pratiques organisationnelles et professionnelles, y compris les pratiques médicales. À ce propos, le recours à des infirmières en centre médical représente un facteur de succès dans la mise en place du réseau de soins intégrés : ces professionnelles contribuent à une utilisation optimale des compétences et à une nouvelle complémentarité entre les services dispensés en centre médical, dans les établissements publics du territoire et avec les autres programmes mis en place dans le cadre du projet.

La concertation sur le territoire, appuyée par une équipe de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, a permis un rapprochement entre les partenaires du réseau local et une entente quant au partage et à la complémentarité des services aux résultats attendus.

Le projet de capitation a donné des résultats intéressants pour la population en termes de prise en charge qui pourraient cependant être consolidés via l'ajout de leviers organisationnels et financiers notamment grâce à :

- l'intensification de l'intégration des services médicaux;
- la mise en place d'une structure de gouverne renforçant la vision stratégique de l'expérimentation;
- l'expérimentation de la capitation;
- la stabilité de l'expérimentation et la poursuite d'une évaluation multidimensionnelle.

L'intensification de l'implication des médecins pourrait se refléter dans l'intégration de l'ensemble des services sur le territoire dans la phase 2 du projet. La participation des médecins à la gouverne du réseau

est un atout à préserver. Elle implique cependant le financement des tâches de gestion voire une adaptation des modalités de rémunération des médecins. Cette adaptation pourrait s'inscrire dans la formation de ***Groupes de médecine de famille*** recommandée par la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2001). Des infirmières et d'autres professionnels de la santé pourraient appuyer les médecins dans ces Groupes. Les modalités de rémunération des infirmières en centre médical restent à préciser.

La mise en place d'une structure de gouverne renforçant la vision stratégique de l'expérimentation reste également à préciser pour la phase 2 du projet. Les suggestions suivantes sont apportées par des acteurs locaux : la mise en oeuvre d'une structure favorisant la responsabilisation des conseils d'administration à l'intégration des services et la formation de comités unifiés (hôpital, CLSC, CHSLD) sur le territoire tel le Conseil des infirmières et des infirmiers. Ces suggestions s'inscrivent dans l'une des recommandations de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, soit la création d'un conseil d'administration unifié au niveau local. Cette recommandation vise à faciliter l'intégration des services de première ligne.

Le passage d'un financement par type d'établissement à un financement par capitation à la hauteur des responsabilités territoriales des services à dispenser à la population permettrait également de renforcer l'intégration financière du réseau de soins. Un nouveau mode de financement contribuerait à redistribuer les ressources en fonction des responsabilités cliniques et non en fonction des établissements. Une expérience pilote, entre autres pour le secteur de la santé mentale, serait par ailleurs envisageable en phase 2. L'implantation d'approches de gestion intégrée sur le terrain peut également conduire à des changements de pratiques administratives au niveau régional (ex. : pour la simulation de la capitation, allègement de règles administratives) notamment pour les politiques régionales d'allocation des ressources.

Enfin la stabilisation de l'expérimentation permettrait de réaliser le modèle et de dégager des économies à réinvestir sur le territoire. Cette stabilisation permettrait de consolider les liens interétablissements et avec les centres médicaux, de clarifier les rôles créés pour supporter le fonctionnement en réseau (responsable de programme) et certains concepts (gestion de cas) et, d'accentuer la stratégie d'information dirigée vers les professionnels et la population. Cette consolidation des liens devrait se refléter par l'utilisation accrue du système d'information clinique. De plus, la poursuite d'une évaluation multidimensionnelle est importante afin de tirer des enseignements sur la réalisation (implantation, consolidation) de réseaux de soins intégrés. Afin d'alimenter les pratiques et les façons de faire, les connaissances générées par l'entrepôt de données seront également utiles.

4. PLAN DE DIFFUSION

Le plan de communication du projet est présenté à l'annexe 5 du document. Il a été élaboré par les services de communication de la régie régionale de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie, sur demande du directeur du projet, de concert avec les directeurs généraux de l'hôpital Barrie Memorial et du CLSC/CHSLD du comté de Huntingdon.

Ce plan propose une planification stratégique des activités de communication pouvant être mises en place tout au long de l'évolution du projet afin de contribuer à son succès. Les activités de communication s'adressent à la population, au personnel des établissements impliqués et aux partenaires.

Les enjeux du plan sont de s'assurer que la population utilise davantage les services de santé sur le territoire de la MRC du Haut Saint-Laurent et d'obtenir la collaboration de l'ensemble du personnel affecté à l'implantation du projet quant à la promotion et la mise en œuvre.

Vous trouverez également à l'annexe 6 une liste non-exhaustive des activités de diffusion et de publication.

5. CONCLUSION

Le projet de capitation favorise l'implantation d'un réseau de services intégrés avec la motivation d'introduire une nouvelle façon d'organiser, de dispenser et de financer les soins et les services de santé sur le territoire rural de la MRC du Haut Saint-Laurent. L'implantation d'un réseau local de services intégrés s'appuie sur une organisation médicale et sur une première ligne performante comme principale porte d'entrée. Cette implantation constitue cependant un changement profond sur le territoire.

Dans un premier temps, le projet a été orienté vers l'intégration clinique et informationnelle du réseau de services intégrés. Cette intégration renforce le développement d'une vision commune axée sur les besoins de la population et agit comme levier pour une révision des processus administratifs et financiers. C'est pourquoi, il est prévu d'introduire le financement sur une base de capitation dans une phase ultérieure du projet.

Ainsi depuis le début du projet, les cliniciens, les médecins et les gestionnaires ont particulièrement œuvré à développer et implanter une vingtaine de programmes cliniques répartis en quatre secteurs. Ces programmes constituent différents points d'ancrage du réseau de services intégrés : ils permettent de rapprocher les acteurs et les instances du territoire, d'améliorer la continuité des soins, de renforcer les mécanismes de communication et de concertation et de diminuer les barrières institutionnelles. De plus, le système d'information mis en place favorisera la consolidation de l'intégration clinique grâce au partage des informations entre les médecins et les intervenants.

En considérant le chemin parcouru sur une courte période et l'instabilité que crée un projet ayant un échéancier serré, les résultats préliminaires sont intéressants et encourageants. Les principaux changements observés vont dans le sens d'une utilisation différente des ressources et des compétences, de modifications dans la prise en charge de la population et dans les habitudes de consommation des clients. Par exemple, les données disponibles indiquent une tendance à l'augmentation au recours des services ambulatoires et aux ressources légères et une diminution de l'achalandage à l'urgence du nombre d'admissions en médecine et de la durée de séjour en médecine.

Les données montrent également une augmentation de la référence pour des programmes de maintien à domicile et une rétention plus élevée sur le territoire pour les personnes atteintes de problèmes de santé mentale. Enfin, des données préliminaires indiquent qu'une prise en charge différente des patients peut contribuer à une amélioration de l'état de santé. C'est notamment le cas pour la clinique de diabète où une diminution du niveau d'hémoglobine glycosylée a été observée suite à une analyse de dossiers de patients.

Grâce aux efforts de l'ensemble des acteurs, le projet offre des pistes de solution au fonctionnement d'un réseau intégré pour l'organisation des services de base, la coordination et l'intégration des services, l'adaptation des pratiques organisationnelles et professionnelles, y compris les pratiques médicales. Ces efforts s'inscrivent dans les tendances actuelles avancées par les experts dans la réorganisation des services de santé et la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux dont le rapport a été publié récemment.

Puisque le projet de capitation a principalement reposé sur l'implantation de programmes cliniques, l'évaluation de leur efficacité est déterminante. En plus de l'évaluation quantitative des effets des programmes, d'autres effets plus qualitatifs sont également importants particulièrement les apprentissages associés à l'intégration clinique et informationnelle. Ces apprentissages contribuent à la transformation des pratiques et des organisations et, à terme, à l'élaboration d'un système local de soins intégrés fort et viable.

La mise en place d'un tel système apporte cependant un changement profond au réseau de la santé du territoire. L'évaluation produite par le GRIS (voir tome II) suggère des pistes de réflexion quant aux suites à donner au projet dont :

- Consolider les liens interétablissements avec les centres médicaux afin de favoriser une plus grande intégration des soins;
- Clarifier certains concepts et certains rôles générés par le nouveau modèle, particulièrement les concepts de gestion de cas et de suivi systématique des clients;
- Favoriser la poursuite de l'engagement des médecins grâce, entre autres, aux efforts pour attirer de jeunes diplômés sur le territoire;
- Accentuer la stratégie d'information dirigée vers les professionnels et la population;
- Préparer un plan opérationnel et stratégique pour bien définir les acquis de la première phase et les enjeux dans la poursuite de l'expérimentation.

Selon cette analyse, l'enjeu central du projet consiste à renforcer la vision stratégique de l'expérimentation en concevant et en implantant un dispositif de gestion qui permettra aux programmes cliniques d'être valorisés et de s'institutionnaliser dans le temps. À cette fin, les chercheurs proposent de poursuivre l'expérimentation en centrant les efforts sur la création d'une entité locale et sur l'introduction d'une gestion responsable de la planification, de l'allocation, de l'utilisation des ressources et d'un mode de financement par capitation.

Les acteurs du territoire désirent poursuivre l'expérimentation au-delà de la période prévue par la subvention du FASS. Dans l'attente d'une confirmation d'un financement pour la phase 2 du projet, les conseils d'administration des établissements et la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie ont accepté de financer une continuité du projet pour une durée de trois mois (avril à juin 2001).

La poursuite de l'expérimentation nécessite la collaboration de tous les acteurs, en particulier des intervenants et des médecins qui dispensent des soins à la population et sans lesquels aucun projet de réseau de services intégrés n'est possible. Les gains réalisés par l'intégration des services sont annonciateurs d'une plus forte intégration de l'ensemble des services et des composantes administrative et financière du réseau de services intégrés de la MRC du Haut Saint-Laurent.

ANNEXE 1

Portrait sociosanitaire de la MRC du Haut Saint-Laurent

PORTRAIT SOCIOSANITAIRE DE LA MRC DU HAUT SAINT-LAURENT

PROJET CAPITATION

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE

27 mars 2001

INTRODUCTION

Ce document a été rédigé afin d'offrir une mise à jour du portrait du territoire du CLSC de Huntingdon selon différentes sources de données.

Dans un premier temps, des données sociosanitaires comparatives entre le territoire de Huntingdon et l'ensemble de la Montérégie seront présentées.

Par la suite, on établira un portrait de la consommation totale des services médicaux par la population de Huntingdon, en le comparant à celle d'autres territoires, en étudiant des données sur les différents lieux de consommation (cabinets privés et centres hospitaliers; dans le territoire de résidence, ailleurs en Montérégie ou hors Montérégie). Ces données mettront en lumière la quantité de ressources médicales disponibles ainsi que les taux de rétention associés aux différents types de services.

La dernière section présentera les services offerts par le CLSC de Huntingdon en comparaison de quatre CLSC témoins ainsi que la provenance de la clientèle du centre hospitalier Barrie Memorial.

1. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

La population totale du territoire de Huntingdon connaîtra une très légère diminution entre 2000 et 2005 tandis qu'on observera une augmentation de 2,2 % pour l'ensemble de la Montérégie pendant la même période. La lecture du tableau 1 permet de constater que les personnes de 65 ans et plus de Huntingdon augmenteront de façon moins importante que celles de l'ensemble de la Montérégie (5,7% et 14,1%). Cependant, la proportion de 65 ans et plus demeure plus importante dans Huntingdon (14,5% en 2000 et 15,3% en 2005) que dans l'ensemble de la Montérégie (11,1% en 2000 et 12,4% en 2005). Finalement, on observera une diminution importante du groupe des 0 - 17 ans autant dans le territoire de Huntingdon (11,0%) que dans l'ensemble de la Montérégie (5,6%).

TABLEAU 1 RÉPARTITION DE LA POPULATION DU TERRITOIRE DE HUNTINGDON, DE 4 AUTRES TERRITOIRES DE CLSC ET DE LA MONTÉRÉGIE SELON DIFFÉRENTS GROUPES D'ÂGE EN 2000 ET 2005

Territoires	Année	0-17 ans	% pop totale	18-64 ans	% pop totale	65-74 ans	% pop totale	75 ans et plus	% pop totale	65 ans et plus	% pop totale	Population totale
Huntingdon	2000	6 167	24,8%	15 085	60,7%	1 996	8,0%	1 596	6,4%	3 592	14,5%	24 844
	2005	5 488	22,2%	15 486	62,5%	2 008	8,1%	1 790	7,2%	3 798	15,3%	24 772
Variation		-11,0%		2,7%		0,6%		12,2%		5,7%		-0,3%
La Presqu'île	2000	25 884	25,1%	67 203	65,2%	6 024	5,8%	3 947	3,8%	9 971	9,7%	103 058
	2005	25 494	23,1%	73 382	66,6%	6 520	5,9%	4 790	4,3%	11 310	10,3%	110 186
Variation		-1,5%		9,2%		8,2%		21,4%		13,4%		6,9%
Seign. de Beauharnois	2000	11 439	20,7%	35 078	63,6%	4 713	8,5%	3 905	7,1%	8 618	15,6%	55 135
	2005	10 268	19,0%	34 749	64,1%	4 848	8,9%	4 307	8,0%	9 155	16,9%	54 172
Variation		-10,2%		-0,9%		2,9%		10,3%		6,2%		-1,7%
Châteauguay	2000	17 719	25,5%	44 310	63,7%	4 827	6,9%	2 651	3,8%	7 478	10,8%	69 507
	2005	15 820	22,6%	45 526	65,0%	5 302	7,6%	3 363	4,8%	8 665	12,4%	70 011
Variation		-10,7%		2,7%		9,8%		26,9%		15,9%		0,7%
La Pommeraie	2000	10 876	21,5%	31 808	63,0%	4 175	8,3%	3 637	7,2%	7 812	15,5%	50 496
	2005	9 785	19,3%	32 453	64,1%	4 414	8,7%	3 953	7,8%	8 367	16,5%	50 605
Variation		-10,0%		2,0%		5,7%		8,7%		7,1%		0,2%
Montérégie	2000	303 750	23,0%	867 773	65,8%	86 865	6,6%	59 928	4,5%	146 793	11,1%	1 318 316
	2005	286 626	21,3%	893 463	66,3%	95 668	7,1%	71 792	5,3%	167 460	12,4%	1 347 549
Variation		-5,6%		3,0%		10,1%		19,8%		14,1%		2,2%

Source :Institut de la statistique du Québec, juin 2000. *Perspectives démographiques des territoires de CLSC du Québec, 1996-2021.* Projections de population effectuées à partir du recensement de 1996.

2. BESOINS RELATIFS DE LA POPULATION PAR TERRITOIRE DE CLSC

Les besoins relatifs de la population des différents territoires de CLSC en matière de santé et de services sociaux sont estimés en utilisant un indicateur global de besoins développé par le MSSS qui tient compte des variables taille de la population, structure d'âge et de sexe, scolarité et espérance de vie en bonne santé. Suivant cet indicateur, une valeur inférieure à 1 traduit des besoins moins importants que ceux observés à l'échelle du Québec tandis qu'une valeur supérieure à 1 traduit des besoins plus importants. La population du territoire du CLSC Huntingdon présente un indice de 1,235 qui se révèle plus élevé que la moyenne de la Montérégie (0,931) et cette donnée traduite en base 100 devient une valeur de 132,65 par rapport à la moyenne de la Montérégie.

TABLEAU 2 BESOINS RELATIFS DE LA POPULATION SELON UN INDICATEUR GLOBAL DE BESOINS

TERRITOIRE DE CLSC	Population totale 2000	Population totale 2005	Indicateur global de besoins	Indicateur global de besoins (base 100)
Huntingdon	24 644	24 772	1,235	132,65
La Presqu'île	103 058	110 188	0,858	92,16
Seigneurie de Beauharnois	55 135	54 172	1,144	122,88
Châteauguay	69 507	70 011	0,876	94,09
La Pommeraie	50 496	50 498	1,202	129,11
Montérégie	1 318 316	1 347 549	0,931	100,00
Québec	7 371 765	7 509 859	1,000	

Sources : Institut de la statistique du Québec, juin 2000. Perspectives démographiques des territoires de CLSC du Québec, 1996-2021. Projections de population effectuées à partir du recensement de 1996.

Pampalon et al. *Un indicateur global de besoins pour l'allocation interrégionale de ressources publiques en santé et services sociaux* MSSS. 1997.

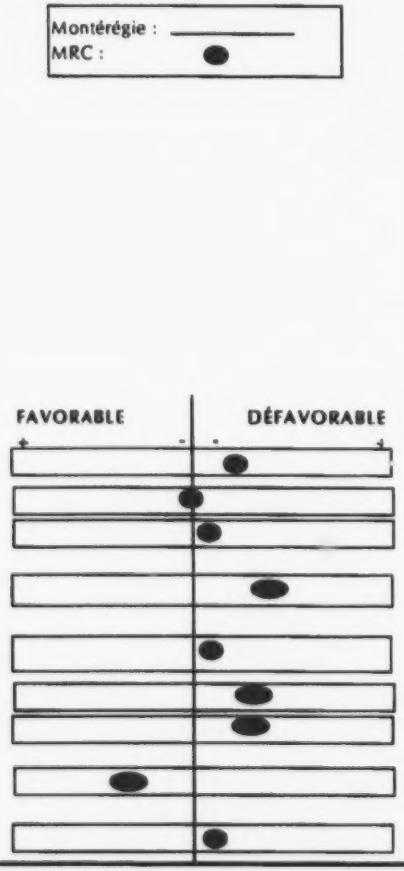
3. DONNÉES SOCIO-ÉCONOMIQUES ET SANITAIRES

Nous présentons ici une série de 5 tableaux sur les indicateurs socioéconomiques et sanitaires de la population du territoire de Huntingdon, de 4 territoires témoins et de la Montérégie. On constate que la population du CLSC Huntingdon présente une situation défavorable lorsqu'on la compare avec l'ensemble de la Montérégie et ceci pour 7 des 9 variables disponibles. Parmi ces variables en situation défavorable, on remarquera la proportion de personnes vivant sous le seuil de faible revenu (18,9 %), la proportion de bénéficiaires de l'aide sociale (10,1 %), la proportion de personnes vivant seules (9,3 %) et la proportion de personnes ayant moins de 9 ans de scolarité (23,6 %).

Source : Statistiques Canada. Recensement 1996.

CLSC HUNTINGDON

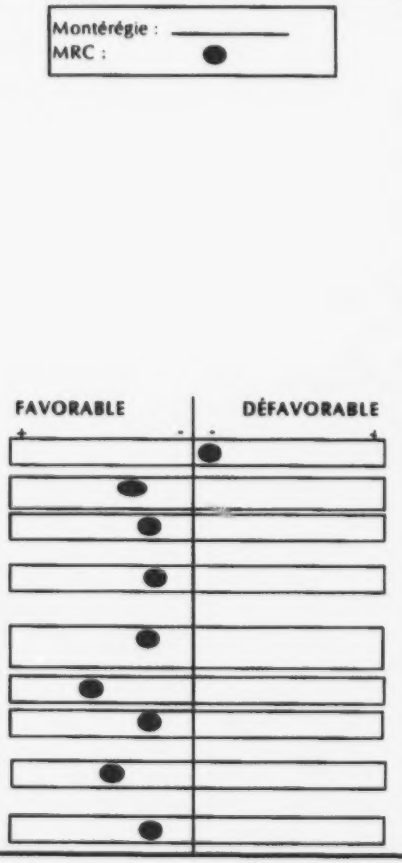
INDICATEURS	VALEURS			REPRÉSENTATION
Indicateurs démographiques	**Montérégie**	**CLSC Huntingdon**	**Rang**	
1. Population totale (1996)	1 255 950	22 010		
2. Accroissement de la population (%) (1991-1996)	4,8	0,7		
3. Densité de la population (hab/km^2) (1996)	113,8	19,2		
4. Répartition selon l'âge (1996)				
0-14 ans	259 775	4 625		
15-64 ans	867 110	14 240		
65 ans et plus	128 930	3 180		
5. Langue parlée à la maison (%) (1996)				
français	88,2	63,6		
anglais	9,4	35,7		
autres	2,5	0,7		
Indicateurs socioéconomiques et sanitaires	**Montérégie**	**CLSC**	**Rang**	
6. Rapport de dépendance (%) (1996)	44,8	54,8		
7. Taux de chômage 15 ans et plus (%) (1996)	9,3	9,3		
8. Taux de chômage 25 ans et plus (%) (1996)	8,0	8,2		
9. Proportion de la population ayant moins de 9 ans de scolarité (%) (1996)	16,3	23,6		
10. Proportion de personnes vivant sous le seuil de faible revenu (%) (1996)	18,0	18,9		
11. Bénéficiaires de l'aide sociale (%) (juin 1999)	7,3	10,1		
12. Revenu moyen des familles ($) (1996)	52 490 $	43 448 $		
13. Proportion de personnes qui louent leur logement (%) (1996)	34,0	22,7		
14. Proportion de personnes vivant seules (%) (1996)	8,6	9,3		



Source : Statistiques Canada. Recensement 1996.

CLSC LA PRESQU'ILE

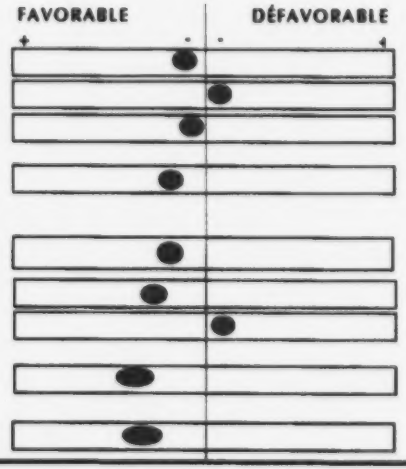
INDICATEURS	*VALEURS*			*REPRÉSENTATION*
Indicateurs démographiques	**Montérégie**	**CLSC La Presqu'Ile**	**Rang**	
1. Population totale (1996)	1 255 950	95 320		
2. Accroissement de la population (%) (1991-1996)	4,8	12,8		
3. Densité de la population (hab/km^2) (1996)	113,8	111,8		
4. Répartition selon l'âge (1996)				
0-14 ans	259 775	21 630		
15-64 ans	867 110	64 925		
65 ans et plus	128 930	8 725		
5. Langue parlée à la maison (%) (1996)				
français	88,2	75,7		
anglais	9,4	23,4		
autres	2,5	0,9		
Indicateurs socioéconomiques et sanitaires	**Montérégie**	**CLSC**	**Rang**	
6. Rapport de dépendance (%) (1996)	44,8	46,8		
7. Taux de chômage 15 ans et plus (%) (1996)	9,3	7,3		
8. Taux de chômage 25 ans et plus (%) (1996)	8,0	6,1		
9. Proportion de la population ayant moins de 9 ans de scolarité (%) (1996)	16,3	13		
10. Proportion de personnes vivant sous le seuil de faible revenu (%) (1996)	18,0	13,2		
11. Bénéficiaires de l'aide sociale (%) (juin 1999)	7,3	3,7		
12. Revenu moyen des familles ($) (1996)	52 490 $	56 856 $		
13. Proportion de personnes qui louent leur logement (%) (1996)	34,0	23,7		
14. Proportion de personnes vivant seules (%) (1996)	8,6	6,9		



Source : Statistiques Canada. Recensement 1996.

CLSC CHATEAUGUAY

INDICATEURS	*VALEURS*			*REPRÉSENTATION*
Indicateurs démographiques	**Montérégie**	**CLSC Châteauguay**	**Rang**	
1. Population totale (1996)	1 255 950	60 155		
2. Accroissement de la population (%) (1991-1996)	4,8	4,6		
3. Densité de la population (hab/km^2) (1996)	113,8	234,6		
4. Répartition selon l'âge (1996)				
0-14 ans	259 775	13 180		
15-64 ans	867 110	40 835		
65 ans et plus	128 930	6 155		
5. Langue parlée à la maison (%) (1996)				
français	88,2	73,7		
anglais	9,4	24,5		
autres	2,5	1,8		
Indicateurs socioéconomiques et sanitaires	**Montérégie**	**CLSC**	**Rang**	**FAVORABLE** / **DÉFAVORABLE**
6. Rapport de dépendance (%) (1996)	44,8	47,3		
7. Taux de chômage 15 ans et plus (%) (1996)	9,3	9,1		
8. Taux de chômage 25 ans et plus (%) (1996)	8,0	7,8		
9. Proportion de la population ayant moins de 9 ans de scolarité (%) (1996)	16,3	14,7		
10. Proportion de personnes vivant sous le seuil de faible revenu (%) (1996)	18,0	15,3		
11. Bénéficiaires de l'aide sociale (%) (juin 1999)	7,3	5,8		
12. Revenu moyen des familles ($) (1996)	52 490 $	51 328 $		
13. Proportion de personnes qui louent leur logement (%) (1996)	34,0	23,5		
14. Proportion de personnes vivant seules (%) (1996)	8,6	6,1		

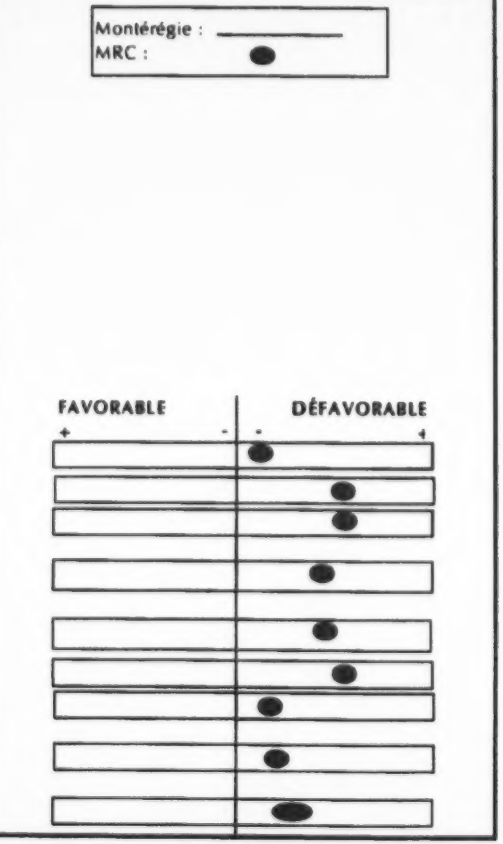


Source : Statistiques Canada. Recensement 1996.

CLSC SEIGNEURIE DE BEAUHARNOIS

INDICATEURS	*VALEURS*		
Indicateurs démographiques	**Montérégie**	**CLSC Seigneurie de Beauharnois**	**Rang**
1. Population totale (1996)	1 255 950	54 910	
2. Accroissement de la population (%) (1991-1996)	4,8	-0,30	
3. Densité de la population (hab/km²) (1996)	113,8	157,1	
4. Répartition selon l'âge (1996)			
0-14 ans	259 775	10 255	
15-64 ans	867 110	36 990	
65 ans et plus	128 930	7 685	
5. Langue parlée à la maison (%) (1996)			
français	88,2	97,7	
anglais	9,4	2,0	
autres	2,5	0,3	
Indicateurs socioéconomiques et sanitaires	**Montérégie**	**CLSC**	**Rang**
6. Rapport de dépendance (%) (1996)	44,8	48,5	
7. Taux de chômage 15 ans et plus (%) (1996)	9,3	13,1	
8. Taux de chômage 25 ans et plus (%) (1996)	8,0	11,7	
9. Proportion de la population ayant moins de 9 ans de scolarité (%) (1996)	16,3	22,6	
10. Proportion de personnes vivant sous le seuil de faible revenu (%) (1996)	18,0	22,7	
11. Bénéficiaires de l'aide sociale (%) (juin 1999)	7,3	12,2	
12. Revenu moyen des familles ($) (1996)	52 490 $	45 177 $	
13. Proportion de personnes qui louent leur logement (%) (1996)	34,0	39,7	
14. Proportion de personnes vivant seules (%) (1996)	8,6	11,3	

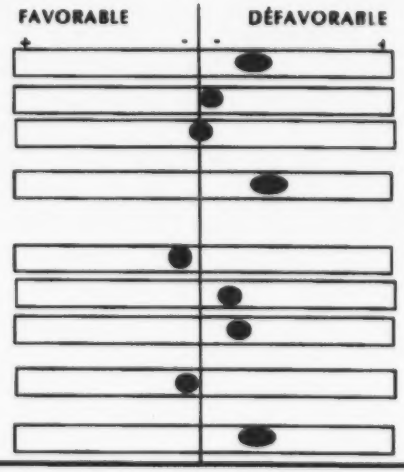
REPRÉSENTATION



Source : Statistiques Canada. Recensement 1996

CLSC LA POMMERAIE

INDICATEURS	*VALEURS*			*REPRÉSENTATION*
Indicateurs démographiques	**Montérégie**	**CLSC La Pommeraie**	**Rang**	
1. Population totale (1996)	1 255 950	49 280		
2. Accroissement de la population (%) (1991-1996)	4,8	1,8		
3. Densité de la population (hab/km²) (1996)	113,8	28,9		
4. Répartition selon l'âge (1996)				
0-14 ans	259 775	9 880		
15-64 ans	867 110	32 265		
65 ans et plus	128 930	7 035		
5. Langue parlée à la maison (%) (1996)				
français	88,2	75,5		
anglais	9,4	24		
autres	2,5	0,5		
Indicateurs socioéconomiques et sanitaires	**Montérégie**	**CLSC**	**Rang**	
6. Rapport de dépendance (%) (1996)	44,8	52,4		
7. Taux de chômage 15 ans et plus (%) (1996)	9,3	9,8		
8. Taux de chômage 25 ans et plus (%) (1996)	8,0	8,0		
9. Proportion de la population ayant moins de 9 ans de scolarité (%) (1996)	16,3	20,2		
10. Proportion de personnes vivant sous le seuil de faible revenu (%) (1996)	18,0	16,5		
11. Bénéficiaires de l'aide sociale (%) (juin 1999)	7,3	8,4		
12. Revenu moyen des familles ($) (1996)	52 490 $	45 153 $		
13. Proportion de personnes qui louent leur logement (%) (1996)	34,0	32,7		
14. Proportion de personnes vivant seules (%) (1996)	8,6	10,4		



Source : Statistiques Canada. Recensement 1996.

4. UTILISATION DES SERVICES MÉDICAUX

4.1 Consommation totale de services médicaux en 1999-2000

La consultation du tableau de cette section permet de constater que la population du territoire de Huntingdon a une consommation totale réelle inférieure à la consommation attendue et ceci autant pour les services des omnipraticiens (16,6 ETP vs 21,8 ETP) que pour ceux des spécialistes (17,9 ETP vs 23,4 ETP). De plus, la plus grande part des services des omnipraticiens soit 52,8 % sont consommés en cabinets privés, tandis que 43,7 % le sont en en CH. Pour ce qui est des services des spécialistes, la majorité des services, soit 83,4 %, sont consommés en milieu hospitalier pour seulement 16,6 % en cabinets privés.

TABLEAU 4.1 CONSOMMATION TOTALE DES SERVICES MÉDICAUX EN 1999-2000

OMNIPRATICIENS

	LIEU DE DISPENSATION								CONSOMMATION TOTALE		
	CABINETS PRIVÉS		CH		CLSC		AUTRES		RÉELLE		ATTENDUE
TERRITOIRE DE RÉSIDENCE	ETP	%	ETP	%	ETP	%	ETP	%	ETP	%	ETP
Huntingdon	8.8	52,9%	7.2	43,7%	0,6	3,4%	0,0	0,1%	16,6	100%	21,8
Seigneurie de Beauharnois	25,8	54,4%	15,2	32,1%	5,2	11,0%	1,1	2,4%	47,4	100%	50,1
La Presqu'île	54,3	71,8%	14,9	19,7%	4,6	6,1%	1,8	2,3%	75,5	100%	84,8
Châteauguay	30,2	50,6%	23,4	39,2%	5,1	8,5%	1,0	1,7%	59,6	100%	57,6
La Pommeraie	23,9	44,3%	18,1	33,6%	11,4	21,2%	0,5	0,9%	53,9	100%	45,5
Montérégie	651,8	57,9%	325,1	28,9%	134,3	11,9%	13,6	1,2%	1124,9	100%	1115,7

SPÉCIALISTES

	LIEU DE DISPENSATION								CONSOMMATION TOTALE		
	CABINETS PRIVÉS		CH		CLSC		AUTRES		RÉELLE		ATTENDUE
TERRITOIRE DE RÉSIDENCE	ETP	%	ETP	%	ETP	%	ETP	%	ETP	%	ETP
Huntingdon	3.0	16,8%	15,0	83,4%	0,0	0,0%	0,00	0,0%	17,9	100%	23,4
Seigneurie de Beauharnois	9,2	19,4%	38,3	80,6%	0,0	0,0%	0,02	0,0%	47,6	100%	51,1
La Presqu'île	20,8	26,7%	56,9	73,2%	0,0	0,0%	0,01	0,0%	77,7	100%	86,6
Châteauguay	11,1	18,5%	49,1	81,5%	0,0	0,0%	0,02	0,0%	60,3	100%	53,4
La Pommeraie	6,1	18,6%	26,7	81,4%	0,0	0,0%	0,01	0,0%	32,8	100%	46,5
Montérégie	258,1	23,0%	835,7	76,3%	0,0	0,0%	1,19	0,1%	1095,0	100%	1130,6

Source : Banque CONSOM 1999-2000.

4.2 CONSOMMATION DES SERVICES MÉDICAUX EN CABINETS PRIVÉS EN 1999-2000

On constate, à la lecture du tableau 4.2, que la consommation dans les cabinets privés des omnipraticiens par la population du territoire de Huntingdon s'effectue pour 71,3 % dans le territoire de résidence. Dans les cas des services des spécialistes en cabinets privés, cette proportion de consommation dans le territoire de résidence passe cependant à 17,2 % alors que presque 55 % de la consommation totale a lieu dans d'autres territoires de la Montérégie.

TABLEAU 4.2 CONSOMMATION DES SERVICES MÉDICAUX EN CABINETS PRIVÉS EN 1999-2000

OMNIPRATICIENS

TERRITOIRE DE RÉSIDENCE	Huntingdon		Seign. de Beauharnois		La Presqu'île		Châteauguay		La Pommeraie		Montérégie	
TERRITOIRE DE DISPENSATION	ETP	%	ETP	%	ETP	%	ETP	%	ETP	%	ETP	%
CLSC de résidence	6,2	71,3%	20,0	77,4%	39,1	72,1%	23,5	78,0%	20,2	84,4%		
Autres CLSC Montérégie	1,6	18,4%	3,9	15,2%	4,2	7,7%	1,8	6,1%	2,3	9,7%		
Total Montérégie	7,8	89,7%	23,9	92,6%	43,3	79,8%	25,4	84,1%	22,5	94,1%	583,6	89,5%
Hors région	0,9	10,3%	1,9	7,4%	11,0	20,2%	4,8	15,9%	1,4	5,9%	68,3	10,5%
Consommation totale	8,8	100,0%	25,8	100,0%	54,3	100,0%	30,2	100,0%	23,9	100,0%	651,8	100,0%

SPÉCIALISTES

TERRITOIRE DE RÉSIDENCE	Huntingdon		Seign. de Beauharnois		La Presqu'île		Châteauguay		La Pommeraie		Montérégie	
TERRITOIRE DE DISPENSATION	ETP	%	ETP	%	ETP	%	ETP	%	ETP	%	ETP	%
CLSC de résidence	0,5	17,2%	6,5	70,4%	4,9	23,6%	5,6	50,5%	2,8	45,9%		
Autres CLSC Montérégie	1,6	54,9%	1,2	13,3%	3,3	15,8%	0,6	5,7%	2,2	36,4%		
Total Montérégie	2,1	72,2%	7,7	83,7%	8,2	39,5%	6,3	56,2%	5,0	82,2%	195,338	75,7%
Hors région	0,8	27,8%	1,5	16,3%	12,6	60,5%	4,9	43,8%	1,1	17,8%	62,796	24,3%
Consommation totale	3,0	100,0%	9,2	100,0%	20,8	100,0%	11,1	100,0%	6,1	100,0%	258,134	100,0%

Source : Banque CONSOM 1999-2000

4.3 CONSOMMATION DES SERVICES MÉDICAUX EN CHCD EN 1999-2000

On constate que 44,8 % de la consommation totale des services des omnipraticiens en CHCD par la population du territoire de Huntingdon a lieu dans le territoire de résidence. Pour ce qui est des services offerts par les spécialistes, la proportion de la consommation effectuée dans le territoire de résidence est estimée à environ 15 % de la consommation totale alors que presque 38% de la consommation se passe dans d'autres territoires de la Montérégie.

Tableau 4.3 CONSOMMATION DES SERVICES MÉDICAUX EN CHCD EN 1999-2000

OMNIPRATICIENS

TERRITOIRE DE RÉSIDENCE	Huntingdon		Seign. de Beauharnois		La Presqu'Île		Châteauguay		La Pommeraie		Montérégie	
LIEU DE DISPENSATION	ETP	%	ETP	%	ETP	%	ETP	%	ETP	%	ETP	%
CHCD du territoire de CLSC de résidence ou *à proximité* (2)	3,3	44,8%	10,8	71,0%	5,6	37,6%	19,4	83,2%	14,9	82,4%		
Autres CHCD en Montérégie	1,3	17,8%	3,1	20,5%	0,3	2,3%	0,4	1,7%	1,7	9,5%		
Total des CHCD en Montérégie	4,5	62,7%	13,9	91,4%	5,9	39,8%	19,8	84,9%	16,6	91,9%	265,9	81,8%
Hors région (3)	2,7	37,3%	1,3	8,6%	9,0	60,1%	3,5	15,1%	1,5	8,1%	59,2	18,2%
Consommation totale	7,2	100,0%	15,2	100,0%	14,9	100,0%	23,4	100,0%	18,1	100,0%	325,1	100,0%

SPÉCIALISTES

TERRITOIRE DE RÉSIDENCE	Huntingdon		Seign. de Beauharnois		La Presqu'Île		Châteauguay		La Pommeraie		Montérégie	
LIEU DE DISPENSATION	ETP	%	ETP	%	ETP	%	ETP	%	ETP	%	ETP	%
CHCD du territoire de CLSC de résidence ou *à proximité* (2)	2,2	14,8%	22,2	57,5%	15,0	26,4%	22,8	46,4%	10,2	38,4%		
Autres CHCD en Montérégie	5,6	37,2%	5,0	13,0%	0,9	1,5%	1,8	3,7%	5,8	21,6%		
Total des CHCD en Montérégie	7,8	52,0%	27,2	70,5%	15,9	27,8%	24,6	50,1%	16,0	60,0%	477,8	57,2%
Hors région (3)	7,2	48,0%	11,1	29,1%	41,0	72,1%	24,5	49,8%	10,7	40,0%	357,9	42,8%
Consommation totale	15,0	100,0%	38,3	100,0%	56,9	100,0%	49,1	100,0%	26,7	100,0%	835,7	100,0%

Source : Banque CONSOM 1999-2000.

(1) Pour ce calcul, l'établissement Kateri Memorial est inclus dans les CHCD de la Montérégie.

(2) La notion de proximité s'applique au territoire de la Presqu'île (non doté d'un CHCD) dont la population consulte au CH du Suroît qui est situé dans le territoire de CLSC d'à côté ou à proximité.

(3) Les données hors région incluent tous les établissements hors région ainsi que les CHSLD en Montérégie.

4.4 RÉTENTION DE LA CLIENTÈLE EN CABINETS PRIVÉS D'OMNIPRATIQUE

Des données tirées la banque de la RAMQ de 1998-1999 sur les actes médicaux en cabinets privés pour les omnipraticiens confirment le pourcentage de rétention de plus de 75 % pour la population du territoire de Huntingdon. De plus, on constate que le pourcentage de rétention en Montérégie pour la même population est estimé à environ 93 %.

TABLEAU 4.4 RÉTENTION DE LA CLIENTÈLE EN CABINETS PRIVÉS D'OMNIPRATIQUE

TERRITOIRE DE CLSC DE RÉSIDENCE	Consommation dans le territoire de résidence [1]	Rétention dans le territoire de résidence	Consommation en Montérégie [1]	Rétention en Montérégie
Huntingdon	45 026	75,9%	54 899	92,6%
La Presqu'île	260 162	78,1%	279 306	83,9%
Seigneurie de Beauharnois	113 250	71,9%	148 093	94,0%
Châteauguay	144 138	81,5%	152 882	86,4%
La Pommeraie	123 572	87,4%	135 322	95,7%

Source: RAMQ. Fichier des actes médicaux en 1998-1999. Les unités de mesure correspondent aux actes médicaux.

5. UTILISATION DES SERVICES OFFERTS PAR LES ÉTABLISSEMENTS

Les tableaux qui suivent permettent de connaître 1) la provenance de la clientèle utilisant les services du CH Barrie Memorial et 2) la consommation des services de santé physique au CLSC Huntingdon ainsi que dans les 4 CLSC témoins. Dans le tableau 5.1, les pourcentages sur la provenance de la clientèle utilisant les services du CH Barrie Memorial ont été calculés à partir de données en jours/présence sur la consommation hospitalière de la population des différents territoires de CLSC. Pour ce qui est du pourcentage de dépendance de la population de chaque territoire pour cet établissement, il a été calculé selon la formule suivante :

Total des jours/présence dans un CH par la population d'un territoire de CLSC X 100

Consommation totale en jours/présence en CH par la population du territoire

TABLEAU 5.1 PROVENANCE DE LA CLIENTÈLE DU CH BARRIE MEMORIAL PAR TERRITOIRE DE CLSCPOUR L'ENSEMBLE DES HOSPITALISATIONS DE COURTE DURÉE

CLSC de provenance	CH BARRIE MEMORIAL		% DE DÉPENDANCE	
	1998-1999	1997-1998	1998-1999	1997-1998
Huntingdon	76,52%	77,80%	43,72%	43,65%
Jardins du Québec	13,54%	10,93%	8,30%	6,97%
Seigneurie de Beauharnois	6,73%	9,25%	1,48%	1,85%
Chateauguay	0,84%	moins de 5%	0,20%	n/d
Haut-Richelieu	0,69%	0,51%	0,11%	0,01%
Autres CLSC de moins de 5%	0,43%	0,41%		
TOTAL Montérégie	98,77%	98,91%	1,28%	1,25%

Source: AHQ. Analyse de la performance 1998-1999 du CH Barrie Memorial. Fichier DRG. MSSS. Québec.

TABLEAU 5.2

CONSOMMATION DES SERVICES DE SANTÉ PHYSIQUE EN CLSC

CLSC HUNTINGDON

SERVICES	Centre d'activité	Unités de mesure	1998-1999	1999-2000
Info-Santé	6092	appels	3 252	2 710
Prélèvements	6606	prélèvements	3 482	4 725
Services de santé courants	6307	usagers	1 114	1 141
Soins infirmiers à domicile	6170	usagers	923	919
Santé maternelle et infantile	6510	usagers	1 386	1 024

CLSC SEIGNEURIE DE BEAUHARNOIS

SERVICES	Centre d'activité	Unités de mesure	1998-1999	1999-2000
Info-Santé	6092	appels	14 386	13 617
Prélèvements	6606	prélèvements	1 818	71834 (?)
Services de santé courants	6307	usagers	10 374	n/d
Soins infirmiers à domicile	6170	usagers	1 621	n/d
Santé maternelle et infantile	6510	usagers	1 924	n/d

CLSC LA PRESQU'ÎLE

SERVICES	Centre d'activité	Unités de mesure	1998-1999	1999-2000
Info-Santé	6092	appels	11 372	9 009
Prélèvements	6606	prélèvements	19 710	22 625
Services de santé courants	6307	usagers	8 722	10 347
Soins infirmiers à domicile	6170	usagers	1 542	1 496
Santé maternelle et infantile	6510	usagers	2 684	2 451

CLSC CHÂTEAUGUAY

SERVICES	Centre d'activité	Unités de mesure	1998-1999	1999-2000
Info-Santé	6092	appels	9 792	8 714
Prélèvements	6606	prélèvements	25 358	26 359
Services de santé courants	6307	usagers	10 267	n/d
Soins infirmiers à domicile	6170	usagers	1 639	n/d
Santé maternelle et infantile	6510	usagers	2 042	n/d

CLSC LA POMMERAIE

SERVICES	Centre d'activité	Unités de mesure	1998-1999	1999-2000
Info-Santé	6092	appels	7 431	6 285
Prélèvements	6606	prélèvements	34 316	n/d
Services de santé courants	6307	usagers	10 167	n/d
Soins infirmiers à domicile	6170	usagers	1 564	n/d
Santé maternelle et infantile	6510	usagers	2 489	n/d

Source : Rapport AS-471 des CLSC, pages 650.

CONCLUSION

Les données présentées dans les pages précédentes ont été tirées de différents systèmes d'information tels le Recensement 1996, la banque MED-ÉCHO, la banque CONSOM et la banque RAMQ sur la rémunération des médecins. Ces données permettent de tracer un portrait en silos des différentes réalités de la population du territoire de Huntingdon, de ses besoins, de la disponibilité des ressources et de l'utilisation des différents services sans toutefois offrir de croisement entre ces données.

La constitution d'une banque de données intégrées sur 5 années (données démographiques, financières et de consommation de services), actuellement en élaboration dans le cadre du projet Capitation suscite beaucoup d'intérêt puisqu'elle rendra possible le croisement et le suivi de plusieurs données. Parmi les nombreuses informations qui pourront être exploitées à partir de cette banque, on retrouve le suivi de la consommation de médicaments associée à différents diagnostics, la consommation de services médicaux selon l'âge de la clientèle et le déplacement de la clientèle des services hospitaliers vers les services de première ligne etc.

Par l'entremise des analyses rendues possibles par la création de cette banque, on devrait pouvoir accéder à des informations permettant d'améliorer nos connaissances sur la population du territoire de Huntingdon, sur son utilisation des services de santé, sur les coûts qui y sont associés et ainsi assurer une évaluation des impacts du projet de réseau de services intégrés dans le territoire de Huntingdon.

ANNEXE 2

Analyse complémentaire des données

ANALYSE COMPLÉMENTAIRE DES DONNÉES

Les infirmières peuvent répertorier jusqu'à 3 raisons d'intervention sur le formulaire. En moyenne 1,1 raison d'intervention a été identifiée par patient, pour chacun des centres. Les raisons d'intervention les plus fréquentes pour chaque centre médical sont rapportées ci-après en tenant compte du cumul de la première, deuxième et troisième raisons d'intervention inscrites sur le formulaire. Une analyse ultérieure pourrait aussi tenir compte des raisons d'intervention en fonction des périodes.

Les 10 premières raisons d'intervention les plus fréquentes à Huntingdon; 2 812 raisons d'intervention ont été répertoriées pour l'ensemble des données transmises :

1. Code 3800 : vaccinations et immunisations préventives (n=528 ou 18,8 % des raisons)
2. Code 1801 : hypertension (n=493 ou 17,5 % des raisons)
3. Code 1900 : maladies et troubles de l'appareil respiratoire (n=175 ou 6,2 % des raisons)
4. Code 2400 : symptômes, signes mal définis (n=148 ou 5,89 %)
5. Code 1305 : diabète (n=145 ou 5,16 %)
6. Code 1402 : anomalies de coagulation (n=133 ou 4,73 %)
7. Code 2404 : symptômes, signes mal définis : ceux relatifs à l'appareil respiratoire (n=123 ou 4,37 %)
8. Code 1700 : maladies et troubles de l'oreille (n=108 ou 4,30 %)
9. Code 2613 : lacérations, coupures et éraflures (n=93 ou 3,31 %)
10. Code 2409 : symptômes, signes mal définis : ceux dits généraux (n=69 ou 2,45 %)

Les dix premières raisons d'intervention les plus fréquentes à Ormstown; 1 321 interventions ont été répertoriées pour l'ensemble des données transmises :

1. Code 5809 : demande d'information-conseils santé : examens, dépistages et investigations (n=223 ou 16,9 %)
2. Code 3800 : vaccinations et immunisations préventives (n=165 ou 12,5 %)
3. Code 1801 : hypertension (n=133 ou 10,1 %)
4. Code 2403 : symptômes, signes mal définis : ceux relatifs à l'appareil circulatoire (n=111 ou 8,4 %)
5. Code 2412 : symptômes, signes mal définis : résultats anormaux d'imagerie diagnostic (..) sans diagnostic (n=93 ou 7,0 %)
6. Code 2400 : symptômes, signes mal définis (n=84 ou 6,4 %)
7. Code 1402 : anomalies de coagulation (n=73 ou 5,53 %)
8. Code 5813 : demande d'information-conseils santé : médication (n=47 ou 3,6 %)
9. Code 1700 : maladies et troubles de l'oreille (n=41 ou 3,10 %)
10. Code 1800 : maladies et troubles de l'appareil circulatoire (n=33 ou 2,5 %)

Les infirmières peuvent également répertorier jusqu'à trois actes sur le formulaire. Environ 1,7 acte a été identifié par patient : 1,9 en moyenne à Huntingdon et 1,3 à Ormstown. Une liste des actes les plus fréquents pour chaque centre médical se retrouve ci-après et tient compte du cumul du premier, deuxième et troisième actes inscrits sur le formulaire. Une analyse ultérieure pourrait aussi tenir compte des actes en fonction des périodes.

Les 10 actes les plus fréquemment rencontrés à Huntingdon; 4 503 actes ont été répertoriés pour l'ensemble des données transmises (en moyenne, 1,9 acte par patient) :

1. Code 6703 : signes vitaux (n=1362 ou 26,7 % des actes)
2. Code 6516 : évaluation ou réévaluation nursing (n=893 ou 17,5 %)
3. Code 6709 : cueillette d'information sur l'usager en vue d'établir son suivi (n=881 ou 17,3 %)
4. Code 6110 : infiltration et injection de médicaments (n=620 ou 12,2 %)
5. Code 6702 : taille et poids (n=374 ou 7,3 %)
6. Code 6400 : ordonnances et recommandations professionnelles (n=164 ou 3,2 %)
7. Code 6704 : suivi et contrôle de la médication (n=158 ou 3,1 %)
8. Code 6123 : soins de plaies et pansement (n=109 ou 2,1 %)
9. Code 6623 : glycémie capillaire (n=78 ou 1,5 %)
10. Code 7300 : actions éducatives et de prévention en santé physique (n=67 ou 1,3 %)

Les 10 actes les plus fréquemment rencontrés à Ormstown; 1 473 actes ont été répertoriés pour l'ensemble des données transmises (en moyenne, 1,3 acte par patient) :

1. Code 6400 : ordonnances et recommandations professionnelles (n=313 ou 21,3 %)
2. Code 7300 : actions éducatives et de prévention en santé physique (n=222 ou 15,1 %)
3. Code 6800 : actions d'immunisation (n=203 ou 13,8 %)
4. Code 6703 : signes vitaux (n=159 ou 10,8 %)
5. Code 6406 : ordonnances, recommandations professionnelles – recommandation professionnelle (n=141 ou 9,6 %)
6. Code 6704 : suivi et contrôle de la médication (n=69 ou 4,7 %)
7. Code 6401 : ordonnances et recommandations professionnelles – ordonnance médicale (n=66 ou 4,5 %)
8. Code 6140 : anticoagulothérapie (n=56 ou 3,80 %)
9. Code 6114 : lavement et soins d'oreille (n=39 ou 2,65 %)
10. Code 6110 : infiltration et injection de médicaments (n=47 ou 3,19 %)

ANNEXE 3

Témoignage de satisfaction

2412 Route 202
Franklin, Quebec, J0S 1E0

February 21, 2001

Dear Mr. Rho,

On behalf of my parents, Rhoda and Robert McFarlane of Howick, I am writing to express appreciation with regard to the Nurse in Private Clinic Program which has been of extreme benefit to both of my parents for the past year. At ages 85 and 87 respectively, and given their medical needs in the past 3-4 years, the inception of this program has been a great factor in assisting them to maintain a certain level of health as well as a degree of autonomy that permits them to remain in their own surroundings and home.

Since Amy Tolhurst/Robin Ovans have been working with them, their level of confidence regarding their health has improved and the certainty of knowing that whatever health issue arises, they will have a knowledgeable, caring individual that can immediately give advice or make contact with the doctor/resource if needed.

As my sisters live in western Canada and I carry a full time position teaching, this program has reduced my stress as I was often unable to make the necessary contacts quickly with their physicians and at present their medical needs are much better served.

Recently, my mother has been diagnosed with skin cancer. Amy has been invaluable in assisting us in appointments with a variety of specialists at different locations, with info regarding transportation and providing support prior to surgeries. She was instrumental in a home visit to my father in discovering that he needed immediate attention due to fluid on the lungs.

We are only one case that can testify to the benefits and real need for such a service for seniors living independently.

Sincerely, Catherine McFarlane Duncan
Rhoda M. McFarlane
Robert W. McFarlane

cc. Dr. Kevin Brissette

ANNEXE 4

Liste des sessions de formation

SESSIONS DE FORMATION			
Sujet	Clientèle	Dates	Ressources
L'infirmière et l'évaluation physique	Infirmières des trois établissements	Hiver 2001	Université du Québec à Trois-Rivières
Mesure de la tension artérielle et le protocole de suivi et de référence	Infirmières des trois établissements	Printemps 2001	À définir
Formation sur le suivi dans la communauté	Intervenants en santé mentale	Phase 1 : 22 mars au 10 mai 2000	Johanne Marois, Centre Pro-développement inc. Catherine Vallée, ergothérapeute, CH Pierre-Janet
Formation sur la réadaptation psychosociale	Intervenants en santé mentale	Phase 2 : Septembre à décembre 2000	Catherine Vallée, ergothérapeute, CH Pierre-Janet
Formation sur l'intervention de crise	Intervenants en santé mentale	Octobre 2000	Georges Lassonde, psychologue
Approche et soins aux mourants	Auxiliaires familiales	Décembre 2000	France Hudon, Cegep Marie-Victorin
Formation sur les protocoles médicaux-nursing (boîte à outils)	Médecins et infirmières des trois établissements	14-20 juin 2001	Lucie Tessier, CLSC Huntingdon Jean Trudel, pharmacien, HBM
Cessation du tabac	Infirmière	Janvier 2000	Dr Blouin et Dr St-Cerny, RRSS-Montérégie
Formation de la ressource de type familial en santé mentale	Propriétaire de la ressource	Septembre 2000	Dr. Renée Lafrenière et Yves Barreau, CLSC Huntingdon
Formation sur le projet de capitation	Intervenants oeuvrant au projet de capitation	22 mars 2000	Université de Montréal

ANNEXE 5

Plan de communication

Projet de capitation du Haut Saint-Laurent

Julie Trudel

Direction des Communications
Régie régionale de la santé et
des services sociaux Montérégie

Avril 2000

1 Analyse de la situation

1.1 Mise en contexte du mandat

Dans le cadre du projet de capitation dans la municipalité régionale de comté (MRC) du Haut Saint-Laurent, le Comité directeur désire mettre en place des activités de communication auprès de la population, du personnel des institutions impliquées et de ses autres partenaires afin de contribuer au succès du projet. Pour ce faire, le directeur du projet, de concert avec les directeurs généraux de l'hôpital Barrie Memorial et du CLSC de Huntington, ont fait appel au service des communications de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux (RRSSS) de la Montérégie. Le présent plan de communication propose une planification stratégique des activités de communication pouvant être mises en place dans le cadre du projet de capitation dans la MRC du Haut Saint-Laurent.

1.2 État de la situation

Le projet de capitation de la MRC du Haut Saint-Laurent est actuellement en marche et l'ensemble des projets sera prêt à démarrer vers le mois de mai. L'équipe qui procède à l'évaluation du projet a déjà interrogé des résidants de la MRC et s'apprête à établir des contacts avec le personnel des établissements concernés, soit l'hôpital Barrie Memorial, le CLSC de Huntington, le CHSLD de Huntington et les cliniques privées du territoire. Par conséquent, il est urgent de faire connaître le projet de capitation à la population de la MRC du Haut Saint-Laurent ainsi qu'au personnel des établissements, et ce, pour plusieurs raisons :

- Tout projet qui introduit des changements cause de l'insécurité chez ceux qui le vivent. Pour réduire l'incertitude provoquée au sein de la population par l'annonce du projet de capitation, il importe de répondre à ses principales interrogations. Le comité directeur doit prendre l'initiative dans l'information à la population afin d'éviter qu'elle ne se fie aux rumeurs qui circulent.
- Avec l'introduction du concept de capitation, les établissements de soin de santé se voient incités à amener la population de leur MRC à " consommer " les soins sur leur territoire. Pour cela, ils doivent faire connaître les services qu'ils offrent et convaincre la population de leur qualité.

2 Publics visés

Le projet de capitation dans la région du Haut Saint-Laurent introduit des changements pour le personnel des établissements concernés et pour la population, ce qui implique que ces deux groupes doivent être informés tout au long du projet. De plus, en cours de réalisation, des contacts seront entretenus avec divers partenaires privilégiés. Ces trois groupes cibles ont des besoins d'information différents et peuvent être détaillés comme suit :

2.1 La population de la MRC du Haut Saint-Laurent

Ce public comprend tous les résidants du territoire de la MRC du Haut Saint-Laurent, c'est à dire plus de 25 000 personnes[3], répartis dans 9 000 ménages.

2.2 Le personnel des différents établissements impliqués dans le projet

Ce public comprend tout le personnel de l'hôpital Barrie Memorial, du CLSC de Huntington, du CHSLD Huntington et des cliniques privées du territoire. Le personnel se répartit comme suit :

Parmi les publics internes, il est particulièrement important de viser les médecins, directement et par l'entremise des Conseils des médecins et des dentistes (CMDP). Ils constituent des partenaires primordiaux dans ce projet. Toutefois, à ce stade-ci, il semble qu'ils aient bien été informés et impliqués dans le projet, et c'est pourquoi ils ne seront pas particulièrement visés par les moyens de communication proposés ici.

2.3 Autres partenaires du projet

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet de capitation, la RRSSS de la Montérégie, le comité directeur, le directeur de projet et le comité clinique auront à communiquer avec divers partenaires dont l'appui au projet revêt une importance particulière :

- Les **médias** constituent des partenaires indispensables pour faire connaître le projet à la population.

[3] Population estimée à 25 128 habitants par Statistique Canada en mars 1999.

3 Objectifs de communication

1) Faire connaître le projet de capitation à la population de la MRC du Haut Saint-Laurent.
2) Mobiliser le personnel des établissements autour du projet de capitation.
3) Faire connaître à la population les différents services de santé offerts sur le territoire de la MRC.
4) Induire une perception favorable du projet auprès des partenaires privilégiés que sont les organismes communautaires, les médias, les maires et les députés.

4 Axe de communication

Afin de donner au projet de capitation une identité mieux circonscrite, il faudrait établir un slogan ou un **axe de communication** propre au projet. L'axe de communication proposé est le suivant :

À déterminer

5 Messages

Les trois publics identifiés ont des besoins d'information différents. Pour y répondre, les messages devront être adaptés au public visé.

5.1 Message de base auprès de la population

Le message à la population devra expliquer **en quoi consiste** un projet de capitation et **quels sont les changements** qu'un tel projet introduit au niveau des soins offerts, en mettant l'emphase sur **les avantages**, pour la population, de l'implantation d'un modèle de capitation, soit :

- disposer de plus de services accessibles au niveau local,
- avoir un système de santé local centré sur les besoins de la population,
- jouir d'un meilleur suivi et une continuité dans les soins.

5.3 Autres partenaires du projet

Les entités regroupées sous l'appellation " autres partenaires " ont des besoins spécifiques d'information qu'il ne faut pas négliger en raison du poids de ces groupes dans la mise en place harmonieuse du projet.

- Au niveau des journalistes, axer le message sur ce que le projet apporte de plus à la population. Éventuellement, les retombées possibles du projet peuvent aussi présenter un intérêt pour eux.
- Au niveau des groupes communautaires et bénévoles, en plus d'expliquer en détail le projet de capitation, bien préciser les objectifs poursuivis par le projet et redire que les conditions de base du système de santé ne seront aucunement changées. En effet, certaines questions soulevées par ces groupes lors de la dernière année laissent deviner une confusion entre capitation et privatisation. Il est primordial de corriger ce type d'interprétation erronée le plus rapidement possible.
- Les maires des différentes municipalités et les députés n'ont pas encore manifesté un intérêt poussé envers le projet de capitation, mais une réaction de leur part est à prévoir à partir du moment où on commencera à informer la population. Dans ce cas, il importera de leur fournir toutes les informations nécessaires.

- Au niveau du personnel des établissement :
  - fournir le nom d'une personne à qui acheminer les questions sur le projet de capitation

- Au niveau des partenaires :
  - fournir le nom et les coordonnées du porte-parole du projet. Ce dernier devra disposer des informations et de la marge de manœuvre nécessaires pour répondre à des questions plus pointues sur le projet ou pour référer le requérant à une personne apte à le faire. Le porte-parole devra être capable de répondre autant en français qu'en anglais.

6.2 Étape 2 : faire connaître les services de santé offerts sur le territoire

Afin de favoriser la rétention de la clientèle du territoire, nous proposons d'informer la population des services de santé offerts, et plus particulièrement de ceux qui s'ajoutent dans le cadre du projet de capitation. Afin de maximiser la visibilité de ces services, nous proposons de créer des lancements individuels pour chacun d'eux, lancements qui seront médiatisés par des relations de presse. À l'interne, divers moyens peuvent être utilisés pour souligner les lancements : rencontres, affichage, bulletins internes, etc.

6.3 Étape 3 : assurer une communication continue tout au long du projet

Durant le déroulement du projet, il faudra fournir régulièrement de l'information aux différents publics. Il est particulièrement important d'alimenter les employés de façon continue, pour qu'ils se sentent entraînés dans un projet qui fonctionne bien et qui évolue. Cela contribuera à les motiver. Pour ce faire, nous proposons d'utiliser un bulletin d'information mensuel qui peut être distribué ou affiché dans les établissements. Un tel bulletin permet d'informer simultanément et uniformément le personnel des différents établissements, ce qui évite les frictions qui surviennent lorsque des employés disposent d'information que n'ont pas leurs collègues.

Au niveau de la population, la diffusion d'information se fera surtout par des relations de presse. Les médias constituent des relais d'information privilégiés pour rejoindre la population, car ils jouissent d'une grande crédibilité. Les hebdomadaires régionaux détiennent un lectorat très élevé, et c'est pourquoi il importe de leur accorder une place importante dans les activités de communication.

7.1 Pochette corporative et brochure

Nature de l'outil : pochette comportant des documents qui donnent un portrait complet du projet de capitation. La pièce maîtresse de la pochette est une brochure destinée à faire connaître le projet et à souligner la participation de ceux qui y travaillent. La pochette sera imprimée en français et la brochure sera bilingue.

Public cible : journalistes, organismes communautaires, maires, médecins, communauté scientifique, autres intervenants au niveau gouvernemental, etc.

Tirage : à déterminer

Contenu :

La pochette corporative donne un portrait complet du projet. L'élément de base de la pochette est une **brochure** qui pourrait prendre la forme suivante :

- Pages 1, 2, 3, 4 : présentation générale du projet : maîtres d'œuvre, historique, caractéristiques de la population visée, buts, structure, partenaires, échéanciers, organigramme.
- Pages 5, 6, 7, 8 : chaque page présente un des quatre sous-comités : membres, services développés, réalisations.

Le contenu serait le même pour le côté anglophone de la brochure.

À cette brochure, on peut ajouter dans la pochette d'autres documents permettant de tracer un portrait du projet :

- exemplaires du bulletin interne,
- lettres d'appui au projet,
- bilan financier,
- communiqués de presse,
- cartes d'affaire.

8 Activités de communication

8.1 Étape 1 : annoncer le lancement du projet de capitation

- Mettre en opération une ligne téléphonique destinée à répondre aux questions de la population.
- Désigner une personne ressource apte à répondre aux questions des employés dans chaque établissement.
- Monter un dossier de presse, rédiger des lignes de presse (messages clef) et préparer les porte-paroles.
- Rencontrer les journalistes des hebdomadaires locaux (*The Gleaner/La Source* et *Soleil du St-Laurent Valleyfield*) pour le lancement du projet de capitation.
- Envoyer aux groupes communautaires et aux maires une lettre personnalisée annonçant le lancement du projet de capitation et mentionnant le nom et les coordonnées du porte-parole du projet. Si possible, inclure la brochure dans l'envoi.
- Si nécessaire, faire des présentations sur le projet aux organismes communautaires et aux maires.

8.2 Étape 2 : faire connaître les services de santé offerts sur le territoire

- Faire connaître les nouveaux services au personnel des établissements par de l'affichage, des rencontres et des articles dans le bulletin du projet.
- Faire paraître des articles de fond dans les hebdomadaires locaux sur chacun des nouveaux services.
- Si nécessaire, acheter de la publicité dans les hebdomadaires locaux pour annoncer les services offerts.

8.3 Étape 3 : Assurer une communication continue tout au long du projet

- Diffuser un bulletin d'information auprès du personnel des établissements et des principaux partenaires.
- Rencontres de presse périodiques avec les représentants des journaux locaux.

ANNEXE 6

Diffusion et publications

DIFFUSION ET PUBLICATIONS

CONFÉRENCES

ENDROITS	DATES	PUBLIC CIBLE	CONFÉRENCIERS	SUJETS
Université de Laval, Département Administration de la santé	21 novembre 1998	Cadres en formation	Hung Nguyen, adjoint à la planification et au développement, projet Capitation, RRSSSM	Projet de capitation dans la MRC du Haut Saint-Laurent
DSPPÉ – RRSSS-Montérégie	27 janvier 1999	Médecins en formation	Hung Nguyen, RRSSSM	Projet de capitation dans la MRC du Haut Saint-Laurent
Conférence de presse	22 mars 1999	Presses et Télévisions	Jacques Saada, député de Brossard-LaPrairie, et Claude Boily, directeur général RRSSS–Montérégie	Annonce de la subvention du projet de capitation
Congrès de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec	13 et 14 mai 1999	Gestionnaires de CLSC et de CHSLD	Guy Deschênes, directeur général du CLSC Huntingdon Guy Rho, directeur du projet	Projet de capitation
Université de Montréal, Département Administration de la santé	6 mai 1999	Cadres et médecins en Formation	Hung Nguyen, RRSSS-M	Projet de capitation dans la MRC du Haut Saint-Laurent
Montréal-Québec	4 fois/an	Comité provincial	Hung Nguyen, RRSSS-M	Discussion sur la capitation et les services intégrés dans la province
DSPPÉ – RRSSS-M	1er avril 2000	Médecins et professionnels	Jean-Louis Denis, GRIS, Université de Montréal	Évaluation préliminaire, projet de capitation
Hôpital Barrie Memorial, Ormstown	26 avril 2000	Dames auxiliaires de l'hôpital	Guy Rho, directeur du projet	Le projet de capitation
Hôpital Barrie Memorial, Ormstown	17 mai 2000	Conseil médical du Québec	Comité des services cliniques Comité directeur	Organisation médicale
Chaîne des affaires publiques par câble. Canal 77	31 mai 2000	Population	Guy Rho, directeur du projet Guy Deschênes, directeur général, CLSC Huntingdon Hung Nguyen, RRSSSM DSI et Responsables de projets	Émission sur le projet de la MRC du Haut Saint-Laurent
Conférence de presse dans la MRC	26 juin 2000	Population	Guy Rho, directeur du projet Claude Boily, d.g., RRSSS-M	Projet de capitation, un réseau de soins et services intégrés
CKOD-Radio (Valleyfield)	28 juillet 2000	Population	Guy Rho, directeur du projet Guy Deschênes, directeur général CLSC Huntingdon	Projet de capitation

ENDROITS	DATES	PUBLIC CIBLE	CONFÉRENCIERS	SUJETS
Porto au Portugal Colloque CALASS Association latine pour l'analyse des systèmes de santé	21-22-23 septembre 2000	Gestionnaires, Décideurs et Chercheurs en analyse des systèmes de santé.	Hung Nguyen, RRSSS-M Jean-Louis Denis, GRIS Claude Sicotte, GRIS	Les services intégrés
Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux	27 septembre 2000	Commissaires Public	Guy Deschênes, directeur général, CLSC Huntingdon André Morin, directeur général par intérim, Hôpital Barrie Memorial	Mémoire présenté par les établissements de la MRC engagés dans un projet d'expérimentation de mise en place d'un exercice de services intégrés
Comité d'éducation médicale continue de la DSPPÉ de la RRSSS-M	27 septembre 2000	Employés de la RRSSS-M Médecins et résidents…	Jean-Louis Denis, GRIS	Évaluation de l'implantation du projet de capitation
Association des maîtres en Administration de la santé de l'Université de Montréal (AMADASUM)	7 décembre 2000	Cadres du réseau de la santé et des services sociaux	Hung Nguyen, RRSSS-M Jean-Louis Denis, GRIS	L'intervention et l'évaluation du projet de capitation
RSSS-Québec	12 février 2001	Suzanne Boivin, responsable de l'implantation des soins intégrés Et son équipe	Guy Rho, directeur du projet	Projet de la MRC du Haut Saint-Laurent
AXE de recherche sur les services en santé mentale du réseau provincial FRSQ (Trois-Rivières)	19 février 2001	Chercheurs en santé mentale	Hung Nguyen, RRSSSM Johanne Marois du CLSC Huntingdon	Un modèle intégré en milieu rural "Le projet du Haut Saint-Laurent: aspect de santé mentale"
RSSS-Outaouais	23 février 2001	Groupe de médecins du CLSC DG du CLSC DG de la RRSSS-M Directeur Santé publique Directeur médical régional	Guy Rho, directeur du projet	Comment faire l'implantation uniforme en cabinet privé
Conseil de la santé et du bien-être Hôtel Renaissance, Montréal	2 mars 2001	Administrateurs et experts en service de première ligne	Hung Nguyen, RRSSS-M Linda Cazale, RRSSS-M Gabrielle Tourigny, RRSSS-M	Colloque « Après le débat sur l'avenir du système de santé…Que faisons-nous?»
Ordre des infirmiers et infirmières du Québec Événement : VII[e] Colloque des Conseils des infirmiers et infirmières du Québec	3 et 4 avril 2001	Membres des comités exécutifs des CH, Infirmières	Michelle Bigras, infirmière bachelière du Centre médical de Huntingdon	Pratique autonome des infirmières via des cliniques en soins infirmiers

ENDROITS	DATES	PUBLIC CIBLE	CONFÉRENCIERS	SUJETS
FASS, Toronto	11 avril 2001	Gestionnaires Chercheurs	Guy Rho, directeur du projet	Présentation du projet de capitation dans le cadre d'un atelier organisé par le FASS pour présenter certains projets sélectionnés
FASS « Événements nationaux » Hôtel Delta, Montréal	23 avril 2001	Décideurs Fournisseurs Organisations de fournisseurs Chercheurs Experts et ONG	Guy Rho, directeur du projet Hung Nguyen, RRSSS-M Michelle Bigras, infirmière du Centre médical de Huntingdon A.-P. Contandriopoulos, professeur, Université de Montréal	Présentation du projet de capitation dans le cadre d'un atelier organisé par le FASS pour présenter certains projets sélectionnés
RRSSS-M	4 mai 2001	Partenaires de la sous-région de Longueuil et de la sous-région de Sorel	Hung Nguyen et l'équipe RRSSS-M	Impact du projet de capitation sur le plan d'outils de planification et de nouvelles connaissances. Expériences de réseaux de soins intégrés.
FASS, Winnipeg	7 et 8 mai 2001	Gestionnaires Chercheurs	Guy Rho, directeur du projet Hung Nguyen, RRSSS-M	Présentation du projet de capitation dans le cadre d'un atelier organisé par le FASS pour présenter certains projets sélectionnés
Congès de l'AHQ	11 mai 2001	Administrateurs Gestionnaires	Luc Boileau, directeur DSPPÉ Guy Rho, directeur du projet Hung Nguyen, RRSSS-M Yvon Brunelle, MSSS André-Pierre Contandriopoulos, GRIS Guy Deschênes, directeur général CLSC Huntingdon	Atelier sur les services intégrés, le projet de capitation
RRSSSM	Juin 2001	Médecins Professionnels	Hung Nguyen et l'équipe, RRSSS-M	Impact du projet de capitation sur le plan d'outils de planification et de nouvelles connaissances

BULLETINS – JOURNAUX

MÉDIAS	DATES	PUBLIC CIBLÉ	AUTEURS JOURNALISTES	SUJETS
The Gleaner	1998	Population	Valérie Furcall	Careful management is key
Artère	Novembre 1998	Administrateurs de services de santé et services sociaux		Hôpital Barrie Memorial. Un nouveau partenariat
Le Soleil de Salaberry-de-Valleyfield	21 novembre 1998	Population	Mario Pitre	Une clinique de diabète voit le jour à Ormstown
Plein Soleil	Printemps 1999	Population		Inauguration de la clinique de diabète de l'hôpital Barrie Memorial et du CLSC Huntingdon à Ormstown en Montérégie
Journal La Source	24 mars 1999	Population	Hugues Théoret, journaliste	Le gouvernement fédéral injecte 3,2M $ pour la mise en place d'un système de capitation dans la MRC du Haut Saint-Laurent
The Gleaner	Décembre 1999	Population		Diabetes Clinic Marks its just anniversary
Journal de Montréal	3 janvier 2000	Population	Jérôme Dussault, journaliste Guy Rho, directeur du projet	Les budgets de la santé sont déterminés par le nombre d'habitants
Le St-François	11 janvier 2000	Population	Daniel Grenier	Projet pilote sur le financement du système de santé au Québec
Le Suroît Régional	12 janvier 2000	Population	Marie-Claude Roy	Health budgets could be determined by population figure
Communiqué de presse	26 juin 2000	Population Ormstown et Huntingdon	Guy Rho, directeur du projet	Projet de capitation
Le St-François	9 août 2000	Population	Daniel Grenier	Un nouveau réseau de soins et de services intégrés par capitation
Entrevue téléphonique avec Jean–François Bégin	29 août 2000		Luc Boileau, Directeur DSPPÉ Guy Rho, directeur du projet	Projet de capitation

MÉDIAS	DATES	PUBLIC CIBLE	AUTEURS JOURNALISTES	SUJETS
Dépliants d'information	25 septembre 2000	Population	Guy Rho, directeur du projet	Un réseau de soins et de services intégrés
Actualités	?	Population	Yvon Brunelle, MSSS	Financement du système de santé québécois. La capitation : des HMO made in Québec
Le Devoir	17 novembre 2000	Population	Hung Nguyen, RRSSS-M Linda Cazale, RRSSS-M Jacques Fournier, CLSC	Vous avez dit : « Réseau de services intégrés? ». Pour un réseau de services qui donne du pouvoir, des ressources et des responsabilités à la communauté locale
The Gleaner	22 novembre 2000	Population	Patrice Laflamme	«La relève», nouvelle ressource de répit pour les aidants naturels supportant un proche avec des problèmes de santé d'ordre cognitif de type Alzheimer
La Presse, Actualités	20 janvier 2001	Population	Martine Roux, journaliste	Synergie à l'hôpital. Un projet de services intégrés aux patients fait des heureux depuis un an et demi en Montérégie
Radio-Canada	18 janvier 2001	Population	Stéphane Bureau, journaliste	
TVA "Coup de Chapeau"	1er février 2001	Population	Jean-François Léveillé, journaliste	La clinique de diabète. Témoignage des usagers du service

MÉDIAS	DATES	PUBLIC CIBLE	AUTEURS/JOURNALISTES	SUJETS
Radio-Canada Dimanche-Magazine	25 février 2001	Population	Christine Limoges, journaliste Christiane Morin-Blanchet, Médecin-conseil RRSSS-M Thomas Vandor, médecin de famille, Centre médical Ormstown Anne-Marie Goodall, infirmière Centre médical Ormstown Guy Rho, directeur du projet André-Pierre Contandriopoulos, GRIS	Services intégrés et médecine familiale
Le Soleil de Salaberry-de-Valleyfield	19 août 2000	Population	Patrice Laflamme	Une nouvelle façon d'organiser les services de santé pour la population

DOCUMENTS INÉDITS

- Projet de capitation: les orientations régionales, 1997
- Modèle de capitation sur une base de population, 1997
- Projet de capitation de la MRC du Haut Saint-Laurent, 1997
- Projet de recherche soumis au FASS, 1998
- Recommandations du Comité des services cliniques, 1998-1999
- Rapports de la firme Raymond, Chabot, Martin, 1999
- Bibeau, L., *Éléments servant à la rédaction d'un plan de communication. Projet de capitation dans la municipalité (MRC) du Haut Saint-Laurent*. Travail présenté à la RRSSSM, janvier 1999
- GRIS, *Protocole d'évaluation du projet de capitation*, octobre 1999
- Rapport préliminaire, étape 1, octobre 1999
- Savain, Rhoda, *Programme de marketing social du projet de capitation de la Montérégie*. Rapport de stage, octobre 1999
- Lafrenière , M., *Programme et Plan d'implantation des projets dans le secteur des services ambulatoires*, mars 2000
- Lamoureux, L., *Programme et Plan d'implantation des projets dans le secteur des services de santé mentale*, mars 2000
- Tourigny, G., *Programme et Plan d'implantation des projets dans le secteur des services pour personnes âgées*, mars et avril 2000
- Donovan, D., *Programme et Plan d'implantation des services cardiovasculaires*, mars et avril 2000
- Trudel, J. , *Projet de capitation du Haut Saint-Laurent*, Direction des communications, RRSSS-Montérégie, avril 2000
- Franco, A, Nguyen, H., Sicotte, C., *Exigences et spécifications des systèmes d'information*, 1er mai 2000
- Franco, A, Nguyen, H., Sicotte, C., Système d'information. Plan d'action, juin 2000
- Nguyen, H., Donovan, D., Kingsley, N., Morin-Blanchet, C. *Organisation médicale dans la MRC du Haut Saint-Laurent*, juin 2000
- Nguyen, H., Tourigny, G., *Manuel de gestion*, juin 2000
- Demande de prolongation du projet, mars 2000
- Rapport provisoire, décembre 2000
- Rapport final, 31 mars 2001
- Cazale, Linda, Nguyen Hung et Fournier, Jacques (2001). « *Vous avez dit réseau de soins intégrés* », Santé : Pour une thérapie de choc!. MORAIS, Hélène, VENNE, Michel (sous la direction de). Les Presses de l'Université Laval, pp81-86.

Sont aussi disponibles, les comptes rendus des rencontres du :

. Comité directeur, Comité des services cliniques, Comité provincial, Comité interne de la RRSSS-Montérégie

ANNEXE 7

Banque intégrée des données

BANQUE INTÉGRÉE DES DONNÉES

1. Sommaire

Ce projet fait partie de l'intervention portant sur des systèmes d'information visant à soutenir l'organisation locale des services intégrés développée dans le territoire de la MRC du Haut Saint-Laurent. Dans ce projet sont intégrées les principales sources de données de la clientèle qui utilise les services du système sociosanitaire du Québec, de la population de la MRC et des quatre territoires témoins. La banque de données ainsi formée permettra de compiler des informations indispensables afin de soutenir les fonctions cliniques, de gestion et de recherche dans le cadre d'un réseau intégré.

Le concept *réseau intégré* réfère aux quatre types d'intégration qui s'influencent mutuellement et sont d'ordre financier, administratif, clinique, et informationnel. Dans le cadre du projet de la MRC, deux types d'intégration sont d'abord retenus : l'intégration clinique et l'intégration informationnelle. Il y a influence mutuelle entre la pratique clinique et les informations concernant les patients. En effet, une information plus complète sur l'histoire clinique du patient permettra une meilleure réalisation des interventions cliniques visant à offrir une prise en charge mieux intégrée du patient à travers différents services. De plus, la connaissance de l'histoire clinique des patients est fondamentale dans une pratique de médecine de famille.

Le type de management dans les projets de capitation repose principalement sur la gestion du risque (risk management). Les producteurs espèrent bénéficier d'un « gain financier » suite à l'amélioration de leur gestion des services de santé; ce gain sera réinvesti dans le système des services. Pour faire ce type de management, les gestionnaires auraient besoin d'un dossier-patient unifié (interressources, interservices et interprofessionnels) comme outil de communication et de gestion de soins. De plus, ce dossier devrait être disponible directement d'un système informatique reliant tous les producteurs de services. Cette option est exclue du projet, d'une part à cause des coûts, et d'autre part, à cause du contexte de rationalisation des ressources prévalant au début du projet.

En contrepartie, une intervention proposée dans le domaine informationnel a comporté deux volets : un système d'échange d'information cliniques et un système d'information pour fins d'analyse (OLAP – On line analystical proccessing) qui prend la forme d'une banque intégrée de données. Le système d'échange d'information cliniques ayant été présenté dans le rapport, la construction de la banque intégrée de données est ici explicitée.

L'idée principale de la banque est d'emmagasiner l'ensemble des informations susceptibles d'être utilisées pour la planification et l'évaluation du projet. L'intégration des données pour chaque individu se fait sur la base d'un code d'identification unique et anonyme fourni gracieusement par la RAMQ.

Plusieurs difficultés administratives et techniques ont été contournées pour finalement produire cette banque. Les résultats sont impressionnants; d'une part, la quasi totalité des données d'utilisation du système de santé est rassemblée dans un « entrepôt » de données et d'autre part, l'intégration des principaux fichiers (actes médicaux, médicaments, prothèses et orthèses, dentistes, hospitalisations, CLSC) permet une disponibilité des informations pour quelque 200 000 personnes.

Des analyses préliminaires permettent de croire que ces données fourniront de nouvelles connaissances pouvant influencer les pratiques administratives, financières et cliniques des nouveaux modes d'organisation de soins. Cependant, l'exploitation en profondeur de cette banque ne pourra être réalisée qu'à la phase 2 du projet. Une mise à jour des données est également prévue en 2003.

2. Les besoins

Pour fins de planification et d'évaluation, les besoins d'information sont les suivants :

- Quels sont les profils d'utilisation des ressources sociosanitaires des résidants de la MRC de Haut Saint-Laurent? Ces informations sont nécessaires pour établir les priorités que se donneront les autorités locales chargées d'organiser le système de soins de la MRC selon un concept de capitation. Ces informations seront également utilisées par l'équipe d'évaluation pour analyser l'évolution des profils de consommation de soins et services de la clientèle cible, dans le temps, en fonction des incitatifs offerts par le projet.
- Quels sont les profils cliniques historiques des cas traceurs pour les besoins d'évaluation du projet : ACV, soins palliatifs, schizophrénie et maladie bipolaire, diabète, MPOC, angine et infarctus.
- Quels sont les cheminements et l'utilisation des services cliniques de certains patients soit ceux ayant besoin de services dispensés par plusieurs producteurs ou dispensés dans plusieurs régions? Ces informations permettront de voir le cheminement des patients à travers les lieux de dispensation des services et les délais entre les services requis (combien de fois le patient a consulté le CLSC, les hôpitaux, les médecins, les urgences ou encore quels sont les médicaments prescrits). Ces informations sont utiles pour valider le degré de cohérence de la prise en charge des patients par rapport à des protocoles de soins connus et éventuellement pour intervenir sur les processus de soins, par exemple pour le cas des personnes âgées souffrant de fracture de la hanche (interétablissements) et pour les personnes souffrant d'une maladie cardiovasculaire (interrégions).
- Quel est le coût associé aux profils documentés aux points précédents? Cette information est nécessaire pour permettre aux autorités locales de gérer leur enveloppe budgétaire territoriale. Cette information est également utile pour ce mode de fonctionnement de services intégrés qu'est la capitation.

3. LE PROJET

Le projet consiste à élaborer un système d'information relative au patient et à créer les outils servant à les diffuser aux professionnels de la santé et aux médecins (activités cliniques), aux gestionnaires (activités de suivi de patients et profils d'utilisation) et aux chercheurs (protocole d'évaluation).

Le projet a été prévu en deux étapes. La première consiste à créer la banque intégrée de données avant l'intervention de la « capitation », c'est-à-dire pour 1997-1998 et 1998-1999. En deuxième étape, une mise à jour pour les années associées à l'implantation et à la réalisation de l'intervention en 1999-2000, 2000-2001 et 2001-2002. Au total, des données seront disponibles sur une période de cinq ans.

Objectifs poursuivis :

- La mise sur pied d'une banque de données des résidants de la MRC du Haut Saint-Laurent et de quatre territoires de CLSC témoins par une intégration de la plupart des fichiers des clientèles existantes;
- La production des informations pour la gestion et pour les comités cliniques de l'organisation locale de services intégrés;
- L'analyse de l'évolution de la mobilité, de la rétention et des caractéristiques des clientèles;
- L'estimation des coûts des différentes composantes de l'offre et de l'utilisation des services.

4. L'approche

L'approche retenue consiste à utiliser le plus possible les informations dans les systèmes d'information existants au Québec avant de créer de nouveaux systèmes. Suite à une recension des fichiers, un certain nombre de ceux-ci ont été choisis, soit :

- MED-ÉCHO (hospitalisations)
- APRDRG (hospitalisations et coûts)
- RAMQ - Services médicaux
- RAMQ - Pharmacie (médicaments et coûts)
- RAMQ - Orthèses et prothèses
- RAMQ - Dentistes et optométristes
- Transport ambulancier
- Mécanismes régionaux d'accès à l'hébergement
- Fichier de décès
- CHSLD Huntingdon
- CLSC Huntingdon, CLSC Châteauguay, CLSC/CHSLD La Pommeraie, CLSC La Presqu'Île et CLSC Seigneurie de Beauharnois

À ces données, sont ajoutées les données de la population et les données financières concernant les établissements. Pour chaque fichier, les données désirées ont été identifiées et un dossier a été déposé à la Commission d'accès à l'information. La démarche garantit la confidentialité des données. Par exemple, chaque producteur envoie à la RAMQ une liste de NAM (numéro d'assurance-maladie) des patients de son établissement. La RAMQ produit une liste de codes anonymes correspondants à la liste de NAM qu'elle retourne à l'établissement. Puis, chaque établissement reproduit les données demandées selon les codes anonymes et transmet le tout aux chercheurs.

Ainsi, que la RAMQ et l'établissement sont en possession de la correspondance entre les codes anonymes et les NAM : les chercheurs travaillent uniquement avec les données anonymes. Une démarche technique pour garantir la confidentialité a été déposée à la CAI.

Le cadre d'analyse de la page suivante permet d'apprécier l'approche envisagée pour l'étude de la banque de données intégrées. Les patients recherchent et reçoivent des services à l'intérieur du système de santé publique du Québec. Sur une période de cinq ans, de 1997-1998 à 2001-2002, ils ont reçu ou recevront divers services qui peuvent s'exprimer par différents **profils**. Dépendant de sa perte d'autonomie et de la complexité de son cas, le patient suivra un **processus de soins** plus ou moins complexe adapté à son état.

Des **coûts** sont associés au processus de soins et il s'établit une dynamique entre le réseau local et les services hors région qui donne lieu à une mobilité des patients à étudier (**mobilité et rétention**).

Enfin, les personnes nouvellement entrées dans le système (**prévalence**) et le nombre total des personnes malades (**morbidité**) sont des éléments clés permettant de prévoir les besoins en services et la consommation. Les analyses porteront sur ces cinq pôles : les profils d'utilisation, les processus de soins, les coûts, la mobilité et la rétention et, la prévalence et la morbidité.

CADRE D'ANALYSE

CARACTÉRISTIQUES

- Lieu de résidence
- Diagnostic
- Âge
- Sexe

SERVICES LOCAUX

- Hôpital Barrie Memorial
- CLSC Huntingdon
- CHSLD Huntingdon
- Centres médicaux et cabinets privés
- Transport d'urgence
- Médicaments
- Orthèses et prothèses
- Mécanisme d'accès

SERVICES EXTÉRIEURS

- Hôpitaux

PROFILS

- Histoire du patient
- Profils d'utilisation
  - . services médicaux
  - . médicaments
  - . hospitaliers
  - . CLSC, CHSLD
  - . Autres

PROCESSUS

- Continuité de soins
- Processus de soins reçus
- Filières de soins
- Durée entre deux services

COÛTS

- Coûts unitaires
- Coûts par cas, par épisode

MOBILITÉ ET RÉTENTION

- Mobilité et rétention
- Caractéristiques des personnes
- Potentialité de rapatriement

PRÉVALENCE ET MORBIDITÉ

- Taux de prévalence
- Taux de morbidité

5. État de développement

L'état de développement de la banque intégrée de données comprend une brève description de trois éléments : l'univers des données, l'intégration temporelle des épisodes de soins et le record normalisé pour chaque individu.

- **Univers de données**

Dans cette étape, sur la base des clients, sont intégrées les données d'utilisation des services suivants :

- Services médicaux (actes médicaux);
- CLSC;
- Pharmacie (médicaments);
- APR-DRG (hospitalisation et indicateur de lourdeur de clientèle du NIRRU (niveau d'intensité relative des ressources utilisées);
- Orthèses et prothèses;
- Dentistes;
- Optométristes.

Ces données sont actuellement disponibles pour les années 1997-1998 et 1998-1999, pour quatre territoires de CLSC (Huntingdon, Seigneurie de Beauharnois, La Presqu'Île et La Pommeraie); le CLSC Châteauguay n'a pu être inclus tel que prévu (les données n'étant pas suffisamment fiables). D'autres données telles que celles des décès, du CHSLD, des mécanismes d'accès et des transports ambulanciers seront incluses dans la phase 2 du projet.

- **Intégration temporelle des épisodes de soins**

Les données de consommation de services incluses dans l'univers des données mentionnées précédemment sont intégrées. Pour assurer la cohérence des données, trois hypothèses ont été formulées.

Tout d'abord, tous les clients âgés de moins d'un an sont exclus de la banque intégrée. La raison justifiant ce choix est l'instabilité du NAM de ces clients (absence de NAM, attribution du NAM des parents, etc.).

À travers les épisodes de soins, plusieurs âges peuvent apparaître. Le choix de l'âge le plus jeune a été retenu car il correspond à l'âge de la rentrée de l'individu dans le système.

Un lieu de résidence unique (territoire de CLSC) pour chaque individu, annuellement, a été assigné selon la règle suivante : retenir le lieu de résidence où le nombre le plus élevé d'épisodes de soins a été identifié; dans les autres cas, la priorité est donnée au lieu de résidence du fichier du CLSC par rapport à la RAMQ et l'ARP-DRG. Pour cinq CLSC, 4,6 millions d'épisodes de soins sont manipulés : 83 % ont les mêmes territoires de CLSC de résidence – très haut taux de cohérence – et 17 % des épisodes ont été sujets à la procédure de sélection mentionnée précédemment.

- **Record normalisé de l'individu**

Le record normalisé pour chaque individu contient les informations suivantes :

- Identification unique anonyme de l'individu fournie par la RAMQ;
- Sexe;
- Âge unique assigné à l'individu;
- Code de résidence unique pour l'individu;
- Code du lieu de distribution (Code de l'établissement ou de la municipalité du médecin);
- Code du district du CLSC de l'établissement ou du médecin;

  année de l'utilisation (1997-1998 ou 1998-1999);
- Date de début de services;
- Date de fin de services (ne s'applique pas pour certains fichiers, etc. : médicaments);
- Code maladie (code diagnostic pour SM, Groupe de DRG pour hospitalisation, raison d'intervention pour CLSC, autres codes sont nuls);
- Code attribué à un type de consommation (code d'acte pour SM, code médicament, code opération principale pour hospitalisation, centre d'activité du CLSC);
- Somme des coûts réels (actes médicaux, médicaments) ou estimés (NIRRU ou CLSC).

6. Résultats

La banque intégrée a été implantée. Le tableau suivant indique quelques statistiques disponibles présentement à partir de cette banque dont : la population des différents territoires de résidence de CLSC, le nombre d'individus ayant utilisé des services, le taux de participation (lequel provient de la division de la colonne « individus » sur la colonne « population ») et le nombre d'activités de soins des individus ayant eu recours au système de soins. Une première estimation des coût a été faite mais reste à valider.

An	Résidence	Individus	Activités	Population	Taux de participation
1997		207 462	3 622 308	226 558	92
	Beauharnois	54 226	1 088 189	55 154	98
	Huntingdon	21 646	388 315	24 650	88
	La Pommeraie	45 859	813 317	49 705	92
	La Presqu'île	85 731	1 332 487	97 049	88
1998		209 062	3 790 991	228 261	92
	Beauharnois	54 003	1 120 826	54 939	98
	Huntingdon	21 386	397 674	24 615	87
	La Pommeraie	46 137	870 236	49 954	92
	La Presqu'île	87 536	1 402 255	98 753	89

Toutefois, l'analyse en profondeur de cette banque sera impossible sans la deuxième étape prévue au projet. L'analyse sera faite dans une perspective d'amélioration de la prise en charge des patients et dans un mode de financement par capitation, lequel favorise un fonctionnement plus fluide entre les centres médicaux et les établissements publics du territoire ainsi qu'une utilisation favorable aux ressources légères.

Les données produites peuvent fournir des incitations aux comités des services cliniques dans une perspective d'amélioration de la prise en charge en prenant connaissance des filières des soins actuels. Ces données sont aussi utiles pour les gestionnaires afin de les inciter à modifier leur pratique et à développer des ressources adaptées selon les nouvelles filières de soins.

BIBLIOGRAPHIE

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Position du Collège des médecins du Québec,* 15 décembre 1999.

COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (2001). Les solutions émergentes – Rapport et recommandations. Québec : gouvernement du Québec.

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter. La hiérarchisation des services médicaux, (Avis 95-03). juin 1995.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P., DENIS, J.-L., SICOTTE, C., TOUATI, N., RODRIGUEZ, R., & NGUYEN, H. Projet de capitation dans la municipalité régionale de comté du Haut Saint-Laurent – rapport d'évaluation, mars 2001.

FRANCO, A. *Organisation locale des services intégrés MRC du Haut Saint-Laurent; Exigences et spécifications des systèmes d'information.* RRSSS-M., mai 2000.

LEATT, P., PINK, G.H. & GUERRIERE, M. (2000). Towards a Canadian Model of Integrated Health Care, Healthcare Papers, 1 (2), p. 13-35.

MARRIOTT, J. , MABLE, A. Modèles intégrés ; Tendances internationales et conséquences pour le Canada, À la recherche d'un équilibre : Le secteur de la santé au Canada et ailleurs. Série : Étude du Forum national sur la santé (La santé au Canada : un héritage à faire fructifier). Sainte-Foy : Éditions MultiMondes, 1998, p. 659-696.

NGUYEN, H., DONOVAN, D., KINGSLEY, N. & MORIN-BLANCHET, C. Organisation médicale dans la MRC du Haut Saint-Laurent. RRSSS-M., juin 2000.

NGUYEN, H., TOURIGNY, G. *Projet de capitation Municipalité régionale de comté du Haut Saint-Laurent, Manuel de gestion.* RRSSS-M., juin 2000.

SECOR. *La pratique du médecin omnipraticien dans un réseau de services intégrés : Positionnement des cabinets privé.*, décembre 1999.

SHORTELL, S.M., GILLIES, R.R., ANDERSON, D.A., MICHELL, J.B. & MORGAN, K.L. Creating organized delivery systems : The barriers and facilitators, Hospital & Health Services Administration, 1993, 38 (4), p. 447-466.

SHORTELL, S.M., GILLIES, R.R., ANDERSON, D.A. & MICHELL, J.B. (1996). Remaking Health Care in Amercia : Building Organized Delivery Systems. San Francisco (California) : Jossey-Bass Publishers

PROJET CAPITATION – UN RÉSEAU DE SOINS ET DE SERVICES INTÉGRÉS

Intégrer les services cliniques dans les domaines de services de première ligne, cardio-vasculaire, santé mentale et personnes âgées... Introduire la pratique infirmière dans les cliniques privées médicales et créer un réseau informatique qui relie les cliniques privées et les établissements du système public pour pallier aux problèmes d'accessibilité de soins de la population d'un territoire rural. Voici les défis qui ont été relevés par l'équipe chargée de la mise en place d'un réseau de soins et de services intégrés dans la MRC du Haut-Saint-Laurent.

En effet, ce document présente les grandes étapes d'un projet pilote qui s'est déroulé entre les printemps 1998 et 2001. Il s'agit d'une expérience novatrice visant à restructurer l'ensemble des services offerts au niveau local. On voulait répondre aux besoins de santé de la population en misant sur une bonne coordination des processus de soins. Le but de l'opération étant d'assurer la continuité des services aux patients, et ce, en minimisant les attentes entre chaque épisode de soins.

Le projet a révélé que l'effort d'intégration locale de services n'est qu'une des conditions de succès.

Pour atteindre plus d'efficacité et d'efficience du système local, il faut procéder à d'autres « intégrations » qui assureront l'arrimage harmonieux de la coordination des soins et l'allocation de ressources.

Dans un temps où la gestion intégrée de services est une préoccupation de l'heure, nous recommandons la lecture de ce document qui a permis de dégager des pistes intéressantes sur la prise en charge continue du patient, la coordination des fonctions cliniques et l'impact de la réorganisation de services sur un plan local. Mentionnons que 25 000 personnes habitaient le territoire où se déroula ce projet.

Bonne lecture!

Guy Rho
Hung Nguyen
Gabrielle Tourigny
Linda Cazale
Christiane Morin-Blanchet
Ana Franco